

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 40

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes de l'Ovaire Rétropéritonéaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 DÉCEMBRE 1908

PAR

Prosper-Joseph-Emile BOREL

Né à Nyons (Drôme), le 6 Septembre 1884

Elève du Service de Santé de la Marine

Examineurs de la Thèse

{	MM. LANELONGUE, professeur.....	Président.
	VILLAR, professeur.....	
	PRINCETEAU, agrégé.....	Juges.
	BÉGOUIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diversés parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546401_0042

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 40

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Kystes de l'Ovaire Rétropéritonéaux

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 DÉCEMBRE 1908

PAR

Prosper-Joseph-Emile BOREL

Né à Nyons (Drôme), le 6 Septembre 1884

Elève du Service de Santé de la Marine



Examineurs de la Thèse

{	MM. LANELONGUE, professeur....	<i>Président.</i>
	VILLAR, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	PRINCETEAU, agrégé.....	
	BÉGOUIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale.....	BEILLE.
Pathologie et thérapeu- tique générales.....	VERGELY (en congé).	Médecine expérimentale	FERRE.
Thérapeutique.....	VERGER (chargé).	Clinique ophtalmologi- que.....	BADAL.
Médecine opératoire.....	ARNOZAN.	Clinique chirurgicale in- fantile et Orthopédie.	DENUCE.
Clinique d'accouchements.....	VILLAR.	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Anatomie pathologique.....	LEFOUR.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Anatomie.....	COYNE.	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et histologie.....	GENTES.	Physique pharmaceuti- que.....	SIGALAS.
Physiologie.....	VIAULT.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Hygiène.....	JOLYET.		
Médecine légale.....	LAYET.		
Physique biologique et électricité médicale.	LANDE.		
	BERGONIÉ.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.
CABANNES.

MM. VERGER.
ABADIÉ.
CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ...	{ MM. BEGOUIN. VENOT. GUYOT.	Accouchements.....	{ MM. ANDÉRODIAS. PERY.
------------------------	------------------------------------	--------------------	----------------------------

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	{ MM. CAVALIÉ. PRINCETEAU.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET. MANDOUL.
---------------	-------------------------------	------------------	----------------------------

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie.....	{ MM. BARTHE. LABAT.
-------------	------------	----------------	-------------------------

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. N...
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Dont la tendre affection veilla sur moi avec tant de bonté et de dévouement, j'offre la première dédicace de cette thèse, en les assurant de tout mon respect, mon amour et ma reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS NOS PROFESSEURS DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Un excellent souvenir demeure dans
ma mémoire du charme et de la
bienveillance de leur haut ensei-
gnement. Qu'ils reçoivent ici l'hom-
mage de mon respect et de mes
remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHE

EX-CHEF DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Vos conseils éclairés m'ont permis
de mener à bien ce petit travail.
Veuillez accepter tous mes senti-
ments de profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND

INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

MÉDECIN GÉNÉRAL DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BOURSIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Cher Maître,

Je n'oublierai jamais le bon accueil que j'ai reçu auprès de vous comme externe du service de clinique gynécologique à l'hôpital du Tondu. Votre simplicité sut prêter à l'auscultation de la science la forme attrayante qui captiva mon esprit et le retint. Mon désir le plus intime était de voir la soutenance de cette thèse inaugurale honorée par votre présidence; l'œuvre était cependant bien modeste pour un maître aussi éminent. L'état de votre santé n'a pas permis sa réalisation.

Mais que je puisse, en vous dédiant la thèse que vous m'avez inspirée, vous adresser mes vœux de complet et prompt rétablissement et vous assurer de tous mes sentiments de considération et de respect.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANELONGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Monsieur le Professeur,

Si je n'ai été votre élève, j'ai compté du moins parmi les auditeurs de vos intéressantes et magistrales cliniques. Le faible tribut de mon admiration accroîtra peu votre réputation chirurgicale, mais permettez-moi de vous l'offrir.

Vous m'avez témoigné, Monsieur le Professeur, votre confiance en signant cette thèse, vous m'honorez en en présidant la soutenance. Veuillez m'autoriser à vous la dédier, malgré sa modeste valeur, en témoignage de toute ma reconnaissance.

INTRODUCTION

Dans un travail publié en décembre 1907, dans la « Revue mensuelle de Gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie », M. le professeur Boursier écrivait au sujet des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux.

« A part quelques indications d'anatomie pathologique données par Pozzi dans son traité de Gynécologie, quelques lignes éparses dans quelques traités classiques et un petit nombre d'observations de ce genre que l'on rencontre dans la littérature médicale, on n'en trouve nulle part une description complète, ni au point de vue de l'étude détaillée de leurs rapports, ni au point de vue de leur histoire clinique ni même au sujet de leurs indications thérapeutiques. »

A la fin de nos études médicales, quelques mois avant nos derniers examens, nous avons demandé à M. le professeur Boursier, un sujet de Thèse. Une année passée dans le service de clinique gynécologique en qualité d'externe, nous avait permis d'apprécier la valeur de l'enseignement de ce maître et nous pouvions penser qu'il nous réserverait un bon accueil. Il nous donna à étudier cette question des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux. Dans notre travail, il nous a patiemment aidé de ses bons conseils. Peu à peu, du champ de nos recherches se sont éliminés les matériaux inutiles. C'est ainsi qu'on ne trouvera pas dans notre

thèse les observations de Bardenhener et de Zweifel que le professeur Pozzi a citées comme exemples de l'affection dans son traité de Gynécologie. Dans le cas de Zweifel, le kyste était bien rétropéritonéal, mais « n'avait aucune origine ovarienne ni même génitale. » Dans le cas de Bardenhener, le kyste, rétropéritonéal, provenait de la veine cave inférieure.

Nous avons toutefois conservé l'observation de Heurtaux, bien que l'analyse histologique n'ait pu être faite, que l'ovaire correspondant fût sain; l'apparence générale des parois du kyste, son contenu se rapprochant trop du type des kystes de l'ovaire, pour l'omettre. Nous respecterons les doutes que l'auteur laisse planer au sujet de l'origine ovarienne; mais nous verrons que cette origine a de nombreuses probabilités et est parfaitement admissible.

Notre étude comprend 7 parties:

- 1^o Définition. Historique.
 - 2^o Observations.
 - 3^o Etiologie et Pathogénie.
 - 4^o Anatomie pathologique.
 - 5^o Signes et Diagnostic.
 - 6^o Traitement.
 - 7^o Conclusions.
-

I

Définition et Historique

Le professeur Pozzi a proposé de donner le nom de kystes de l'ovaire rétropéritonéaux à une variété de kystes sessiles, qui, ne restant point confinés dans le ligament large, en dépassent les limites et cheminent sous le péritoine dans les interstices cellulaires, très loin de leur point de départ.

La littérature médicale antérieure à l'époque où fut ainsi formulée cette définition, ne contient que peu de choses ayant trait au sujet. Les ouvrages de gynécologie restent pour la plupart muets sur cette situation que pourraient affecter les kystes inclus.

Lawson-Tait, dans son traité des maladies des ovaires (1886), nie l'affection en ces termes: Il est naturellement impossible de se figurer comment une tumeur de l'ovaire ou une tumeur développée aux dépens d'un ovule égaré pourrait d'une façon quelconque se développer en dehors du péritoine.

A la même date Olshausen (*Deutsche Chirurgie*, lief 58, die Krankheiten der ovarien, p. 66), au contraire, insistait sur le développement dans une cavité rétro-péritonéale, terme qu'il emploie et en indiquait la rareté. Il renvoie à deux mémoires de N. Flaischlen, qui auraient pu nous être d'une précieuse assistance. Il ne nous a malheureusement pas été possible de les consulter. Olshausen écrivait: « le kyste ovarique inclus peut s'avancer sous les feuillets péritonéaux,

le plus fréquemment du côté du rectum. Tandis que le péritoine du plancher de la cavité de Douglas se trouve repoussé en haut, la tumeur se glisse entre le rectum et l'utérus, en contact direct avec les deux organes, après que leur revêtement séreux a été refoulé vers la cavité abdominale. Il arrive enfin, que la tumeur, dans cette cavité, proprement rétropéritonéale, peut reposer directement sur la colonne vertébrale et les gros vaisseaux, ou croître entre les feuillets des mésentères, surtout du mésentère de l'S romain. De cette manière des connexions intimes, étroites, directes, sans interposition de péritoine, s'établissent entre la tumeur et la paroi intestinale. — Plus rarement, l'enveloppement de la tumeur étant antérieur, la tumeur entre en relations avec la paroi vésicale. §

Terrillon, en 1889, dans sa clinique chirurgicale, note à son tour cette disposition dont il a rencontré deux cas au cours de sa carrière. « ... Nous arrivons maintenant à la deuxième forme d'adhérences que nous avons signalée, les adhérences dites par infiltration dans le ligament large. Il importe de remarquer que rarement on trouve la totalité de la tumeur ainsi enclavée dans le ligament large. Le plus souvent, il ne s'agit que d'un prolongement plus ou moins considérable. Or, ce prolongement peut se développer dans deux sens différents et donner lieu en conséquence à deux types anatomiques différents entre lesquels vient se placer toute la série des formes intermédiaires.

1^o Le prolongement peut en se développant se porter verticalement en bas, etc...

2^o Au lieu de descendre verticalement, il peut s'incliner en arrière vers la concavité sacrée. Après avoir soulevé et effacé le cul-de-sac péritonéal postérieur, il s'insinue sous le mésentère et repousse l'intestin. Il peut alors contracter des adhérences soit avec les gros vaisseaux, de l'excavation ou du mésentère, soit avec l'intestin. Disposition heureusement fort rare. »

Accompagnant des observations que nous citons (Bassini, Heurtaux, Hager) de brèves notices ont paru dans des revues médicales.

À la suite du professeur Pozzi, dont ils adoptent la dénomination, Labadie-Lagrave et Legueu, le professeur Boursier, dans leurs traités, donnent une place à l'affection dans le cadre des kystes de l'ovaire.

Enfin publiés dans le congrès de chirurgie de 1907, et dans la « Revue mensuelle de Gynécologie d'Obstétrique et de Pédiatrie », il nous faut citer les trois cas que le professeur Boursier a rencontrés et décrits d'une façon détaillée. Un bref historique précède cet excellent travail que terminent de précieuses indications thérapeutiques.

II

Observations

OBSERVATION I

(Professeur Boursier, in Henry Dupuy, th. de 97.)

Mme M..., 39 ans, ayant eu un enfant à 27 ans, et une fausse couche à 37 ans, a présenté depuis sa fausse couche, des crises douloureuses dans le bas ventre, toujours localisées dans le côté gauche, et parfois assez vives pour obliger la malade à s'aliter. Ces crises assez fréquentes durent chacune quelques jours. Avant de venir consulter elle a vu son ventre s'accroître graduellement, mais en notant que son développement a toujours, comme les douleurs, siégé du côté gauche. Un peu d'amaigrissement, pas d'œdémie des jambes, un peu de constipation. Bon état général. A l'examen, on trouve un ventre volumineux, développé seulement dans sa moitié gauche. La palpation révèle, dans cette moitié gauche de l'abdomen, une tumeur arrondie, de forme régulière, à surface lisse, fort peu mobile, et ne plongeant pour ainsi dire pas dans la cavité pelvienne. Cette tumeur est manifestement fluctuante, elle est mate à la percussion ; la partie supérieure de l'abdomen et tout le flanc droit sont sonores.

L'utérus, très haut, est difficile à saisir. Il paraît indépendant de la tumeur.

Ovariectomie le 27 février 1897. — Après laparotomie médiane sous-ombilicale, on arrive sur la poche kystique, qui est ponctionnée et qui laisse couler plus de 2 litres 1/2 de liquide noirâtre et gluant.

En essayant l'extirpation de la poche, nous voyons que le kyste est intimement adhérent au côlon descendant qui passe au-devant de la partie gauche. Le kyste a dédoublé le mésocôlon en s'insinuant entre ses deux feuillets.

Cette adhérence nous paraît si serrée que nous nous bornons à réséquer la partie la plus saillante de la poche et à marsupialiser le kyste, en respectant autant que possible la partie adhérente au côlon.

Bourrage de la poche avec des compresses aseptiques, suture des parois abdominales autour de la poche kystique. Malgré des cautérisations répétées de la face interne de la cavité kystique, celle-ci n'a cessé de sécréter du liquide kystique, tout en se ratatinant et en diminuant progressivement de volume.

La malade quitte l'hôpital au commencement du mois de juin. Son état général est satisfaisant, mais elle n'est pas complètement guérie ; il reste encore un orifice fistuleux communiquant avec une poche très rétrécie, mais non fermée.

En janvier 1898, la malade n'était pas encore complètement guérie.

OBSERVATION II

(Professeur Boursier, in *Revue mensuelle de Gynécologie et d'Obstétrique*.)

Kystes des deux ovaires rétropéritonéaux, gros utérus.

Ovariectomie double avec hystérectomie. Mort.

Mme Marthe L..., âgée de 48 ans, fleuriste, vient à l'hôpital du Tondu, le 6 mai 1904, pour se faire opérer d'une volumineuse tumeur abdominale.

Elle a été réglée à 15 ans. Les règles ont toujours été très abondantes, régulières, durant 4 ou 5 jours, peu douloureuses, avec un peu de leucorrhée, entre les époques.

Elle a eu, à 20 ans, une grossesse qui s'est terminée par un accouchement normal, facile et à terme. Elle a gardé le lit 8 jours, n'a pas eu de suites pathologiques et n'a pas nourri son enfant.

Il y a quinze ans, brusquement, après de grandes fatigues, elle a res-

senti dans le bas ventre des douleurs vives, suivies de vomissements et de fièvre, qui l'ont obligée à garder le lit sept semaines.

Après quelques mois passés sans aucune douleur, survint une seconde crise semblable à la première, qui l'a forcée à rester au lit pendant trois mois. Depuis, la malade a gardé des douleurs constantes dans la fosse iliaque droite, très vives, se montrant surtout à la suite de la fatigue, et irradiées dans les lombes et dans la cuisse droite. Ces douleurs étaient calmées par le repos.

Les règles sont, depuis le même temps, devenues plus abondantes et plus prolongées ; il n'y a jamais eu d'hémorrhagies intercalaires.

Depuis une quinzaine de mois environ, la malade a vu son ventre grossir progressivement et lentement, puis beaucoup plus rapidement dans ces derniers temps. Depuis quelques mois se montrait, quand elle se fatiguait, de l'œdème des membres inférieurs. Les mictions sont fréquentes, peu douloureuses ; il y a souvent un peu de perte involontaire de l'urine. L'appétit est diminué, les digestions sont pénibles, les vomissements fréquents. La malade tousse habituellement un peu, mais elle n'a jamais eu d'hémoptysie.

Examen. — Le ventre, très volumineux, très tendu, est porté en avant ; cependant, il recouvre environ le 1/3 des cuisses. Il y a une circulation collatérale très marquée, surtout sur la moitié droite de l'abdomen, et des vergetures abondantes. L'ombilic est déplissé.

A la palpation, on sent une masse volumineuse occupant tout l'abdomen, et remontant jusqu'au niveau des fausses côtes. Cette masse paraît présenter, au niveau de son pôle supérieur, un lobe droit plus élevé que le lobe gauche. A la partie inférieure au contraire, la partie gauche paraît plus développée que la droite.

Cette tumeur présente à sa surface de nombreuses bosselures qui viennent se dessiner à travers la paroi abdominale très tendue. De ce côté gauche, il existe une volumineuse bosselure paraissant assez mobile et au niveau de laquelle la percussion donne une sonorité tympanique. Tout le reste de la tumeur est mat, et donne à la main qui l'explore la sensation d'une vaste poche à parois tendues, fluctuante et pleine de liquide. Il y a de la sonorité dans les bas flancs. La tumeur paraît dans son ensemble peu mobile ; elle ne semble pas avoir contracté d'adhé-

rences avec la paroi abdominale. Du côté des organes génitaux, on trouve au toucher un col difficilement accessible remonté en haut et à droite, en arrière du pubis ; nous n'arrivons pas à retrouver le corps utérin. La moitié gauche de l'excavation pelvienne est remplie par un lobe de la tumeur, qui semble très nettement fluctuante.

En présence de ces symptômes nous diagnostiquons un volumineux kyste de l'ovaire, et son peu de mobilité nous fait penser à un kyste inclus dans le ligament large. Son ablation est décidée. L'opération a lieu le 9 mai. Après incision médiane sous-ombilicale, nous apercevons la tumeur recouverte d'un feuillet péritonéal. Une ponction ramène un liquide épais, brunâtre, couleur chocolat.

Après incision de l'enveloppe séreuse, la décortication de la tumeur est entreprise et se poursuit très difficilement, en donnant naissance à une hémorragie en nappe. Au cours de cette décortication, on perçoit très difficilement les rapports des organes entre eux, car ils paraissent profondément modifiés.

En résumé, il s'agit d'un kyste ovarique droit inclus dans le ligament large correspondant ; la tumeur a décollé le péritoine pelvien et le feuillet abdominal postérieur, en dédoublant le mésocôlon ascendant et le mésentère. Le cæcum, le côlon ascendant sont accolés à la face antérieure, au niveau de laquelle on observe aussi un appendice allongé et aplati. L'utérus, dont la face antérieure est seule recouverte de péritoine, est volumineux et reporté très haut en arrière et à gauche.

La vessie est également attirée en haut et à gauche. Son sommet arrive au voisinage de l'ombilic.

Au cours de la décortication de la tumeur, une anse du gros intestin, décollée du kyste et dépourvue de péritoine sur une moitié de sa circonférence, a été déchirée. Cette petite plaie est réparée par trois plans de suture au catgut.

La tumeur ovarienne droite enlevée, on trouve, à gauche, un second kyste ovarique, gros comme le poing, inclus dans le ligament large. Il est facilement énucléé.

L'utérus volumineux, dépourvu de péritoine à sa face postérieure, est sectionné au niveau du col. L'orifice cervical est, après cautérisation, fermé par trois plans de suture au catgut.

Après résection d'une partie des lambeaux du péritoine, nous faisons

une hémostase très longue et très pénible, puis nous pratiquons une péritonisation un peu incomplète. Nous plaçons en avant et en arrière du moignon utérin deux mèches de gaze, dont l'extrémité ressort par la partie inférieure de la plaie abdominale. Celle-ci est fermée par trois plans de suture.

La partie principale de la tumeur forme une grande poche kystique uniloculaire, à parois fibreuses, assez épaisses par endroits, et portant sur sa face cavitaire quelques végétations papillaires disséminées. L'utérus, de consistance molle, présente à la coupe des parois épaisses sur lesquelles apparaissent de nombreux orifices vasculaires.

Après cette longue opération, la malade a ressenti un shock opératoire assez marqué. Cependant le pouls est assez bien frappé, la langue est humide et les extrémités chaudes, les urines sont claires et assez abondantes. La pâleur des téguments est extrême. On fait, dans la journée, une injection sous-cutanée d'un litre de sérum. La malade a quelques vomissements.

Le lendemain, le pouls est devenu très rapide et petit, la langue reste humide, mais les urines sont peu abondantes. Malgré une nouvelle injection de sérum de 1 litre, la malade reste très affaissée et profondément shockée; elle a de la dyspnée; à 5 h du soir, elle a une première syncope, dont il est difficile de la faire revenir; à 8 h. nouvelle syncope, pendant laquelle elle succombe. L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION III

(Professeur Boursier, *Ibid.*)

**Kyste ovarique gauche rétropéritonéal. — Kyste droit inclus.
Ovariectomie double avec hystérectomie. — Guérison.**

M^{me} A. P., âgée de 36 ans, tailleuse, se présente à la consultation gynécologique de la Faculté le 12 mai 1907, pour des douleurs siégeant dans l'abdomen et s'accompagnant d'une augmentation notable du ventre, dont le début remonte à cinq ans environ.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'important. Parmi les

antécédents personnels, nous devons signaler une fièvre typhoïde, sur laquelle elle ne peut donner aucun détail, et, pendant qu'elle était en nourrice une affection de l'œil droit, qui paraît avoir été une kératite avec iritis, et, en même temps, du mal dans la bouche.

Jusqu'à l'âge de 5 ans, elle a été traitée, pour cette affection oculaire, par une médication interne, sur la nature de laquelle elle ne peut fournir aucun renseignement. Depts, elle a toujours été bien portante.

Réglée à 12 ans, elle a eu des règles qui retardaient toujours de quelques jours, et duraient environ huit jours, abondantes, incolores, sans caillots. Elle n'a jamais eu de leucorrhée importante.

Elle n'a jamais eu de grossesse.

Il y a à peu près cinq ans, M^{me} P... s'aperçut par hasard, de la présence à la partie inférieure droite de l'abdomen, d'une tumeur du volume d'une orange, mobile, indolore, de consistance dure. A ce moment, elle ne souffrait que pendant la station verticale, de légers tiraillements, avec quelques irradiations dans la partie antérieure de la cuisse droite.

Peu à peu, cette tumeur s'est progressivement et lentement développée, pour atteindre depuis près d'un an, le volume qu'elle présente aujourd'hui.

Depuis un an environ, la malade éprouve quelques douleurs dans le bas ventre; elle est un peu gênée pour respirer, et se plaint de battements de cœur. En dehors de ces quelques accidents, elle n'a rien à signaler. Les fonctions restent normales, elle mange bien, digère très convenablement, sauf un peu de constipation. Elle ne présente aucun trouble de la miction. La menstruation est devenue régulière, elle n'est pas augmentée d'abondance; mais, depuis un an, les règles contiennent quelques caillots. Jamais d'hémorragies intercalaires.

Depuis quelques temps la malade aurait maigri et jauni.

Examen. — M^{me} P... paraît à première vue, avoir un bon état général; cependant, son teint est un peu jaune, ses narines légèrement pincées, ses yeux très brillants, sont largement cernés d'un cercle brunâtre. L'abdomen est très saillant, très volumineux, et augmenté surtout dans sa partie sous-ombilicale. L'ombilic est projeté en avant, les flancs ne paraissent pas étalés. La cicatrice ombilicale est partiellement dépliée, la ligne brune médiane est assez accentuée; il existe une légère circulation collatérale et de fines arborisations veineuses dans la peau.

A la palpation, on trouve une volumineuse tumeur qui occupe tout l'abdomen. Elle est régulièrement arrondie, et son bord supérieur va jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde, tandis que la partie inférieure plonge dans l'excavation pelvienne ; latéralement, elle déborde dans les fosses iliaques et les flancs ; les doigts se glissent tout juste entre le rebord costal et les parties latérales de la tumeur.

Cette masse est régulièrement arrondie et globuleuse ; cependant, sa surface présente quelques irrégularités de détail, elle fait un peu plus saillie à droite, et d'autre part, elle se prolonge un peu dans le flanc gauche. Elle paraît tendue, et de consistance ferme ; néanmoins, il est facile de trouver sur plusieurs points une fluctuation très nette, tandis qu'en d'autres, surtout dans les régions sous-ombilicales, on rencontre des parties dures. Cependant, dans son ensemble, elle paraît fluctuante. Elle semble adhérente à la région ombilicale.

Toute la surface de cette volumineuse tumeur est mate à la percussion ; cette matité qui est terminée par une ligne arrondie, convexe en haut, est encadrée par un large croissant sonore à concavité inférieure allant du flanc droit au flanc gauche, et passant par les hypocondres et la région épigastrique.

Par le toucher vaginal, on trouve un col un peu mou, à orifice transversal, complètement situé à gauche de l'axe du vagin et derrière la partie latérale gauche du pubis. Le corps utérin semble, lui aussi, repoussé à gauche. Dans le cul-de-sac antérieur et à gauche, on trouve une saillie arrondie et volumineuse, qui est formée par le pôle inférieur de la tumeur.

La palpation bi-manuelle permet de reconnaître qu'il existe une indépendance complète entre la tumeur et l'utérus, les mouvements imprimés à la tumeur ne sont pas transmis à la matrice, ni réciproquement. D'ailleurs la tumeur est fort peu mobile dans son ensemble, on ne peut en particulier lui imprimer aucun mouvement important dans le sens vertical. L'examen au speculum ne révèle rien d'important. L'hystérométrie n'a pu être pratiquée. Les autres appareils ne présentent rien d'important à signaler. Les poumons et le cœur sont sains. Les urines, d'aspect normal, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

En présence des symptômes que nous venons de décrire, le diagnos-

tie paraissait facile ; la forme et la situation de la tumeur, sa consistance inégale et sa fluctuation très étendue, son indépendance d'avec l'utérus, tout semblait affirmer l'existence d'un volumineux kyste de l'ovaire, et j'ajouterai que par son peu de mobilité nous avons porté le diagnostic de kyste inclus. Ce diagnostic entraînait une conclusion thérapeutique des plus nettes. L'ovariotomie fut proposée à la malade et immédiatement acceptée.

L'opération eut lieu le 22 mai. La malade, après les préparatifs ordinaires, étant endormie au chloroforme, je pratiquai une laparotomie médiane ; l'incision occupait toute la région sous ombilicale et dépassait, en haut, l'ombilic de cinq à six centimètres.

Nous nous trouvâmes immédiatement en présence d'un très volumineux kyste de l'ovaire, qui était non seulement inclus dans le ligament large, mais qui s'était développé dans l'épaisseur du mésocôlon descendant, qu'il avait dédoublé et dont il s'était revêtu. La partie inférieure de ce côlon et l'S iliaque passaient en écharpe au-devant de la partie inférieure, et la partie supérieure du côlon descendant était refoulée sur le côté droit de la masse kystique.

Après avoir ponctionné une vaste poche supérieure, qui contenait environ six litres de liquide hématique, nous avons incisé le feuillet péritonéal formant le feuillet externe de ce mésocôlon descendant, qui recouvrait le kyste, aussi loin que possible de l'intestin, afin d'en respecter davantage les vaisseaux.

Par cette incision assez large, nous avons patiemment et longuement décortiqué la paroi du kyste dont la face profonde reposait sur la paroi postérieure de l'abdomen, sur l'aorte et sa bifurcation, sur l'utérus, et remontait jusqu'à la région rénale. Cette décortication fut longue, mais se poursuivit sans incidents notables autres que la rupture et la ligature d'un certain nombre de vaisseaux. Arrivés à la partie inférieure du kyste, qui était développé aux dépens de l'ovaire gauche, nous l'avons trouvé fortement adhérent au bord gauche de l'utérus, et nous nous sommes immédiatement décidé à pratiquer de gauche à droite une hystérectomie subtotal, qui a été assez facile.

L'utérus enlevé, nous constatons la présence d'un petit kyste ovarique droit, inclus dans l'épaisseur du ligament large droit. Il est décortiqué lui aussi, et extirpé.

Puis nous avons suturé soigneusement notre incision péritonéale et reconstitué entièrement le mésocôlon descendant et le méso de l'S iliaque, que nous avons incisé pour pouvoir décortiquer le kyste. Après avoir péritonisé complètement tout le petit bassin, nous avons refermé le ventre par trois plans de suture, en mettant dans la cavité de Doug'las une mèche de gaze aseptique qui ressortait par la partie inférieure de la plaie.

Après cette longue opération qui avait duré une heure et demie, les suites furent des plus simples. La malade n'a jamais eu la moindre fièvre. La mèche fut enlevée au bout de 48 heures.

Les points de suture ont été enlevés le 3 juin. La malade a commencé à se lever le 17 juin, et elle a quitté l'hôpital, complètement guérie le 28 juin.

J'ai eu l'occasion de revoir M^{me} P. dans les premiers jours d'octobre 1907 : elle est en parfait état de santé et a pu reprendre sans difficulté toutes ses occupations.

Examen de la pièce anatomique. — Elle est composée d'un volumineux kyste développé au-dessus de l'ovaire gauche, de l'utérus et des annexes droites.

1^o Le kyste qui forme la masse principale porte, à sa partie antéro-inférieure, l'utérus coupé au niveau de l'isthme et adhérent à la paroi kystique par sa corne gauche. La trompe gauche n'a pas été sectionnée ; la trompe droite a été sectionnée au ras de l'utérus. Celui-ci est augmenté de volume, et porte un petit fibrome au niveau de l'isthme. En arrière de l'utérus, et le débordant à droite et à gauche, on trouve une énorme masse kystique, dont la poche principale contenait six kilos de liquide hématique. Elle pèse, vide, 1.250 grammes.

Cette masse est irrégulièrement arrondie, elle est formée de plusieurs cavités, et ses parois très inégales sont, par place, très épaissies, et ailleurs, principalement du côté droit, extrêmement minces.

A la partie inférieure et gauche de la tumeur existe une formation kystique allongée, qui semble partir de la corne utérine et se dirige vers la gauche, en passant au-devant du kyste ovarique, à la paroi duquel elle est accolée, puis elle s'infléchit en arrière en contournant la partie latérale gauche du kyste sans y être intimement unie, car on peut intro-

duire le doigt entre ces deux parties ; plus loin elle s'accole complètement à la paroi du kyste.

Une dissection attentive permet de voir que cette poche kystique allongée n'est autre que la trompe gauche hypertrophiée et dilatée. Elle contenait un liquide clair, très différent du liquide hématique du kyste.

Le kyste de l'ovaire est un kyste multiloculaire dont les cavités sont séparées tantôt par des cloisons complètes, tantôt par des cloisons incomplètes. Par places, on trouve quelques plaques dures calcaires, et dans quelques-unes de ces cavités des végétations papillaires. La masse formée par les annexes droites contenait un kyste ovarique multiloculaire dont quelques cavités contenaient aussi des végétations papillaires.

OBSERVATION IV

Heurtaux (de Nantes). *Gazette des hôpitaux de Paris*. 20 août 1889 — 858-861.

Kyste sous-péritonéal, probablement d'origine ovarique.

Ablation. — Guérison.

Le titre de kyste sous-péritonéal me paraît seul convenir au cas dont je vais relater l'histoire.

Ce n'était pas un kyste du ligament large ; la tumeur ne s'enfonçait pas profondément dans la cavité pelvienne, et c'est tout au plus si une partie du feuillet postérieur du ligament large droit, attiré en haut, contribuait à recouvrir, dans une bien faible étendue, la partie inférieure du kyste.

S'agissait-il d'un kyste du mésentère développé dans le mésocæcum ou dans le mésocolon droit ? Le siège de la tumeur pourrait y faire songer ; mais la nature du liquide et l'aspect des parois n'étaient pas faits pour corroborer cette opinion. Le liquide extrait au moment de l'opération était visqueux, brun chocolat, en un mot tout à fait comparable à celui que l'on trouve communément dans les kystes ovariens, et les parois étaient bien telles qu'on les rencontre dans ce genre de tumeurs. Malheureusement, l'examen microscopique n'a pu être fait à temps ; quand on s'en est occupé, le tissu avait subi une altération putride trop avancée,

Par la nature du liquide extrait de la poche et malgré son siège insolite, la tumeur semblait donc se rattacher aux kystes de l'ovaire. Mais une difficulté se présente : l'ovaire correspondant, tout à fait sain, ainsi que la trompe, libre d'adhérences, indépendantes de la tumeur, se trouvaient à la partie inférieure et antérieure de celle-ci. En tenant compte de ces diverses particularités, on se trouve conduit à cette supposition que le kyste avait peut-être pris naissance dans un de ces ovaires surnuméraires ou accessoires dont l'existence n'est pas très rare. Je me borne à énoncer cette hypothèse non susceptible de démonstration.

Le terme de kyste sous-péritonéal, qui ne préjuge ni la nature, ni le point de départ de la tumeur, me semble donc suffisamment justifié. Les caractères cliniques et les incidents opératoires ont présenté, comme on va le voir, des particularités assez exceptionnelles.

La veuve G..., 25 ans, domiciliée à Clisson, m'est adressée par le Dr Doussain, le 16 mai 1887, pour une tumeur du ventre et fournit les renseignements suivants :

D'une santé toujours bonne, mariée à 20 ans, elle a eu deux enfants, le premier, onze mois après son mariage ; le deuxième, dix-huit mois plus tard. Tous les deux sont morts en bas âge. Cette femme est devenue veuve il y a un peu plus d'un an.

Depuis environ deux ans, la malade a remarqué une augmentation progressive de volume du ventre, survenue sans aucune cause apparente et sans altération de la santé générale. Les règles ont manqué les deux derniers mois ; jusque là elles avaient été normales. Point d'amaigrissement ; pas d'enflure des jambes ; digestions régulières.

Le ventre seul doit donc fixer l'attention.

L'abdomen volumineux présente 1^m10 de tour au point le plus saillant qui correspond à l'ombilic. Il renferme manifestement une tumeur molle, fluctuante, qui semble le remplir presque entièrement sauf vers le flanc gauche.

La forme de cette tumeur n'est pas parfaitement régulière ; dans la région comprise entre l'ombilic et le pubis, il existe, en effet, une saillie plus forte, comme si une masse arrondie était surajoutée en ce point à la surface de la tumeur. Une sorte de sillon ou de dépression sépare, à gauche et en haut, cette bosselure du reste de la tumeur. Dans cette dépression, qui comprend l'ombilic, une percussion superficielle donne

une sonorité très nette qui se continue avec la sonorité du flanc gauche; mais si au préalable, on exerce une certaine compression avec les doigts posés à plat, on a la sensation d'une sorte de gargouillement comparable à celui d'une hernie dont on opère la réduction, et on tombe sur une surface ferme, absolument mate. Quand la pression cesse la sonorité superficielle reparait aussitôt. Ainsi, une anse intestinale semble s'interposer entre la paroi abdominale et une partie de la tumeur; et le reste de la masse intestinale paraît rejeté à gauche, où l'on trouve de la sonorité, tandis que le flanc droit est d'une matité absolue.

Les mains appliquées largement sur le ventre, ne parviennent pas à déplacer sensiblement la tumeur, ce dont on n'a pas lieu de s'étonner, vu la tension des parois abdominales. Dans ces explorations, on sent une fluctuation très nette dans toute l'étendue de la tumeur.

Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus assez mobile, sa paroi antérieure paraît augmentée de volume, et l'on se demande si cela tient à la coexistence d'un fibrome ou d'une tumeur fibro-kistique de l'utérus. Les culs-de-sac du vagin sont tous libres.

Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement particulier.

Je propose une opération à la malade, qui n'est pas immédiatement acceptée.

Le 9 juin, la veuve G. revient me voir. Les conditions générales n'ont pas changé, mais la tumeur a augmenté de volume, le ventre mesure actuellement 1^m,45 de tour. La malade se résigne à l'opération.

Opération pratiquée le 23 juin 1887, avec l'assistance de MM. les D^s Malherbe et de Larabrie. — Après une injection préalable de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine la malade est soumise aux inhalations chloroformiques et la vessie vidée par cathétérisme. Le ventre est soigneusement lavé et rasé, et l'on prend les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Incision médiane de la paroi abdominale, commençant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic en s'arrêtant à environ quatre centimètres du pubis.

Lorsque le péritoine est ouvert, la surface du kyste nous offre un aspect particulier qui nous frappe aussitôt : dans toute la partie visible, la tumeur semble revêtue d'un feuillet séreux, assez mobile, et tout

d'abord nous ne comprenons pas le motif de cette disposition. La main, introduite avec ménagement entre la paroi abdominale et le kyste, pour rechercher s'il existe des adhérences et déterminer les connexions de la tumeur, rencontre bien vite à gauche un obstacle qui l'arrête. A droite, la main s'avance plus loin, mais elle est encore arrêtée dans une sorte de cul-de-sac, qui répond en bas, à la partie moyenne de la fosse iliaque et remonte suivant une ligne verticale jusqu'au voisinage du foie.

Le gros trocart étant plongé dans le kyste, on extrait cinq litres d'un liquide visqueux, couleur café, analogue à celui de la plupart des kystes de l'ovaire.

A la suite de cette évacuation, la tumeur étant considérablement réduite de volume, on explore le ventre avec plus de facilité et on reconnaît la cause des particularités mentionnées tout à l'heure.

Le kyste n'est pas libre dans la cavité du ventre. Il s'est développé sous le péritoine ; et comme l'incision faite aux parois du ventre est certainement insuffisante pour continuer l'opération, on la prolonge jusqu'au milieu de l'épigastre, en contournant à gauche la cicatrice ombilicale. On peut alors déterminer complètement les rapports de la tumeur avec les organes voisins : le cæcum, avec son appendice vermiculaire, se montre rejeté bien à gauche de la ligne médiane et appliqué étroitement sur le kyste ; le côlon ascendant a éprouvé le même déplacement, mais à un degré moindre vers son extrémité supérieure, en sorte que l'angle formé par le côlon ascendant et le côlon transverse occupe la ligne médiane presque. A cette partie du gros intestin, au côlon ascendant et à la moitié droite du côlon transverse, était due la sonorité trouvée avant l'opération dans la région ombilicale et se continuant vers le flanc gauche. Voici en effet quelle était, par rapport au kyste, la situation exacte de cette portion du gros intestin ; en bas et à gauche, le cæcum fortement déjeté au delà de la ligne médiane ; plus haut, le côlon ascendant se dirigeant obliquement vers l'ombilic ; à l'ombilic, l'angle du côlon ascendant avec le côlon transverse ; de l'ombilic vers le flanc gauche, plus de la moitié du côlon transverse. Telles étaient les portions du gros intestin qui concouraient à la formation de cette zone sonore, s'avancant comme un promontoire entre la tumeur et les parois du ventre. Ces parties d'intestin étaient appliquées sur le

kyste et immobiles, par suite de l'écartement des feuillets de leurs méésentères. Entre le cæcum et le côlon ascendant, d'une part, et le côlon transverse, d'autre part, existait un espace triangulaire où s'insinuait une portion de l'intestin grêle.

A la partie antérieure du kyste, une anse d'intestin adhère à la tumeur.

La base de la tumeur naturellement fort large, occupe pour ainsi dire toute la hauteur de la paroi postérieure de l'abdomen. En haut, elle s'avance jusqu'au bord postérieur du foie, sous lequel même elle s'insinue. En bas, le kyste a modifié la disposition du ligament large; le feuillet postérieur a été attiré par la tumeur, mais le ligament large n'est pas complètement effacé. On trouve, en bas et en avant, l'ovaire droit avec sa trompe, complètement sains et indépendants de la tumeur. A droite, le kyste se confond, comme nous le disions tout à l'heure, avec la partie moyenne du flanc; à gauche il dépasse un peu la colonne vertébrale.

A ce moment de l'opération, on se rend un compte exact de la situation et des rapports du kyste, et l'on se demande s'il sera possible d'en faire l'extraction complète. L'opération radicale est tentée néanmoins.

La portion de péritoine qui recouvre le kyste et lui constitue en avant une sorte d'enveloppe est si étendue qu'elle serait beaucoup trop grande pour la surface à tapisser après l'opération. Pour obvier à cet inconvénient, à la partie antérieure de la tumeur on trace deux incisions semi elliptiques circonscrivant un lambeau péritonéal, à grand diamètre vertical, qui sera sacrifié. A partir de ces deux incisions, on dissèque le kyste, en dedans et en dehors, tantôt avec le bistouri tantôt avec le thermo-cautère, de préférence avec le dernier instrument. Toutes les fois que la chose est possible on procède par énucléation; mais cette dernière manœuvre n'est applicable que dans une faible étendue, à cause de l'intimité des connexions établies entre les parois du kyste et le feuillet péritonéal qui les recouvre. A mesure que l'on se rapproche de la base de la tumeur, le tissu interposé est plus dense, en sorte qu'on est contraint d'user d'une grande prudence pour mener à bien cette dissection sans pénétrer dans la cavité du kyste et sans léser les organes voisins. Parmi ceux-ci, il faut particulièrement mentionner la veine cave inférieure, qu'il fallut dénuder dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Pour dissé-

quer avec plus de précision les parties profondes du kyste et cotoyer ses parois je me suis bien trouvé de la manœuvre suivante : ayant fait au kyste une ouverture assez large, j'ai introduit dans sa cavité la main et l'avant-bras. ce qui m'a permis de suivre avec netteté la marche de l'instrument, tantôt maintenant les doigts appliqués à plat à la face interne du kyste, tantôt prenant à pleines mains sa paroi et l'attirant pour en faciliter la dissection et le décollement.

Enfin la tumeur put être entièrement enlevée ; mais ce travail a été laborieux, surtout du côté du ligament large et au niveau du bord porteur du foie. Dans ces deux régions, les connexions du kyste étaient plus intimes, et il s'y trouvait des vaisseaux nombreux et d'un gros calibre, notamment un certain nombre de sinus veineux très volumineux. Au cours de la dissection, chaque vaisseau était saisi avant d'être divisé, En dehors des deux régions que je viens de mentionner, les vaisseaux étaient petits et espacés. Des ligatures au catgut ont été placées sur tous.

Quand l'hémostase fut assurée, on lava avec la solution phéniquée au 40^e la cavité du large foyer ; les intestins furent remis en place et les parois du ventre suturées à l'aide de 10 points de suture profonde (dont 4 fixés avec des boutons perforés) et de très nombreux points superficiels. La plaie étendue produite par la dissection de la tumeur devant nécessairement fournir une abondante exsudation séro-sanguinolente, deux gros drains parallèles furent laissés en place ; leur extrémité profonde plongeait dans le foyer, l'autre fut fixée à la partie inférieure de la plaie du ventre. Le trajet intra-abdominal des tubes avait 33 centimètres. Pansement antiseptique : lavage avec la solution de sublimé, bande d'iodoforme, gaze iodoformée, jute phéniquée ; large pièce d'ouate et bandage de corps.

L'opération avait duré deux heures 1/4 ; et pendant une heure 1/4 environ presque toute la masse intestinale, déjetée à gauche et enveloppée dans des serviettes imbibées d'eau chaude avait été maintenue hors du ventre par M. le docteur Malherbe. Le foie est resté sous nos yeux exposé à l'air par toute sa face inférieure, pendant une bonne partie de l'opération.

Les suites de cette opération n'ont pas été simples. Il serait fastidieux et sans intérêt de rapporter jour par jour les moindres détails. Je me

bornerai à esquisser les faits principaux ; et avant de parler des accidents qui se sont succédés je dois mentionner de suite comment a été dirigé le traitement de la plaie.

Le premier jour les drains ont peu donné ; mais le 3^e jour surtout, l'écoulement séro-sanguinolent a été considérable, assez pour nécessiter le changement des pièces du pansement.

Le 29 juin, six jours après l'opération, ablation des sutures profondes. Le 3 juillet, on enlève les sutures superficielles et l'un des tubes ; le 7 juillet le second tube est enlevé. Dès le surlendemain, l'orifice qui livrait passage aux tubes est cicatrisé.

Quant aux accidents survenus après l'opération ils se sont montrés le troisième, le quinzième et le soixante-sixième jour.

Le jour même de l'opération (23 juin) se passe assez bien. Le choc opératoire est presque nul ; le visage est naturel ; les urines évacuées toutes les six heures avec la sonde sont assez abondantes ; dans la soirée la température est à 38°2 et le pouls à 112.

Le lendemain même situation.

Le troisième jour (25 juin) dans l'après-midi, il paraît se produire une poussée de péritonite : vomissements alimentaires et bilieux abondants, ventre ballonné un peu douloureux, visage fatigué, mais non grippé. Le pouls s'élève à 130 pulsations. Un large vésicatoire est de suite appliqué transversalement sur la région de l'épigastre. On fait une légère injection de morphine. Régime : grog chaud, bouillon, champagne.

Le quatrième jour les vomissements sont nombreux et il s'y joint une diarrhée abondante et fétide. Considérant cette évacuation comme favorable peut-être, on ne fait rien pour l'arrêter ; on se borne à donner matin et soir un 1/2 lavement à titre de lavage intestinal.

Le cinquième jour, amélioration très sensible ; les vomissements et les garde-robes ont cessé ; le ventre est moins ballonné et la sensibilité dont il était le siège a à peu près disparu. Le pouls est redescendu à 104 pulsations.

Cette amélioration a progressé les jours suivants. Le pouls descend à 88 pulsations ; la malade demande à manger et à se lever ; mais par mesure de prudence, on lui assigne le dix-septième jour, comme terme de son repos au lit.

Or, le 75^e jour, sans aucune cause appréciable, la malade est reprise de fièvre et d'une diarrhée abondante, que l'on combat avec le bismuth et le laudanum.

Le 9 juillet, le poulx est à 140 ; la température est montée à 39°5. Les évacuations abondantes et fréquentes, amènent un affaiblissement considérable ; elles ne contiennent pas de pus. On donne du lait écrémé additionné d'eau de chaux et une dose quotidienne de 12 grammes de bismuth. En outre du lait, on fait prendre une assez forte quantité de champagne et de grog.

Enfin après 8 jours de durée, la diarrhée cesse complètement ; elle est même suivie d'une constipation persistante, que l'on est contraint de combattre par des lavements.

Dans les 5 semaines qui suivent (du 16 juillet au 20 août), la situation n'est pas absolument satisfaisante. La malade reste faible et maigre, elle n'a point d'appétit. Le poulx conserve toujours de la fréquence, et à partir de 4 heures ou 5 heures de l'après-midi, cette fréquence est plus marquée (entre 112 et 120). Cependant la température est peu élevée, car le soir elle oscille entre 35°5 et 38°2. Jamais de frissons ni de sueurs.

On se demande s'il n'existe pas en un point quelconque du ventre un foyer phlegmasique, susceptible d'entretenir cet état ; mais un examen attentif, renouvelé de temps à autre, ne révèle rien ; le ventre est plat, souple, on n'y trouve aucun point douloureux ; au toucher vaginal, les culs-de-sac sont libres, l'utérus se montre toujours un peu gros comme au début, mais il est mobile et indolore. Rien non plus au toucher rectal.

Du 20 au 28 août, amélioration très marquée ; le visage devient bon, les lèvres et les gencives plus colorées, le sommeil est parfait, la malade reprend la gaité et demande à manger et à se lever, le poulx varie de 100 à 108, la température oscille entre 36°8 et 37°5. Tout semble présager un rétablissement définitif.

Le 28 août au matin (66^e jour) la malade est prise de coliques très vives, accompagnées d'une perte de sang abondante ; et, après trois ou quatre heures de souffrances, elle expulse un fœtus de 15 centimètres (ayant par conséquent environ trois mois). Ce fœtus est macéré et flasque ; sa mort doit remonter à plusieurs semaines. Les membranes de l'œuf sont expulsées en même temps,

Immédiatement et les jours qui suivent on fait des injections vaginales antiseptiques au sublimé, à 1/2000^e.

A partir de ce jour, la santé s'est promptement améliorée et consolidée. La malade est retournée chez elle dans les premiers jours d'octobre.

Ayant eu récemment l'occasion de la revoir (décembre 1888) je l'ai trouvée avec les apparences de la santé la plus florissante. Les règles viennent régulièrement et avec leur abondance ordinaire.

OBSERVATION V (Bérard et Patet)

(3 octobre 1905) Congrès de chirurgie

Kyste uniloculaire ovarique, inclus dans le ligament large, ayant dédoublé le mésocôlon iliaque. Ablation de la poche. Résection de vingt-cinq centimètres d'S iliaque. Guérison.

M^{me} J. 46 ans, entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Catherine, service de M. Bérard, le 15 juin 1905 pour une tumeur abdominale qui existe depuis longtemps, mais qui ces derniers temps, a déterminé des troubles fonctionnels sérieux.

Dans ses antécédents héréditaires, on note que son père et sa mère sont morts tous deux de maladie de cœur : un de ses frères est mort également cardiaque.

Personnellement, la malade a eu la scarlatine à l'âge de dix ans, deux attaques de fièvre paludéenne à douze et treize ans. Elle a été réglée à l'âge de douze ans, jamais bien régulièrement. A dix-sept ans, signes de chloro-anémie. Elle fut soignée, à l'âge de vingt-cinq ans, pour une maladie de cœur, et pour des métrorrhagies à répétition, attribuées à sa cardiopathie ; plusieurs curetages ne les ont pas fait disparaître. Jusqu'à la ménopause, les pertes ont été à peu près continues.

A quarante quatre ans, les règles cessèrent et la malade s'aperçut que son ventre grossissait insensiblement, d'une façon uniforme ; elle n'en fut pas gênée tout d'abord ; mais depuis quelques temps survint une constipation opiniâtre, résistant à tous les purgatifs et lavements.

Aujourd'hui, cette femme a bon aspect, bon teint, pas d'amaigrissement, pas de température. Elle n'accuse d'autres troubles fonctionnels que de la pesanteur abdominale, et une constipation inquiétante. Il n'y a que peu de douleurs. Pas de troubles de la miction ; les urines sont claires, sans albumine. Il n'y a aucune perte vaginale.

L'examen du cœur pratiqué par M. Mollard, médecin des hôpitaux, a révélé un souffle d'insuffisance mitrale ; la lésion valvulaire est parfaitement compensée et n'interdit pas l'anesthésie.

L'examen de l'abdomen montre un ventre augmenté de volume, plutôt saillant en avant ; pas de distension abdominale, ou de circulation collatérale. La palpation démontre l'existence d'une tumeur fluctuante, volumineuse, remontant bien au delà de l'ombilic, non douloureuse, mate au niveau de la région ombilicale. Les flancs sont sonores et la matité ne se déplace pas. On perçoit cependant, sur le sommet de la tumeur et se déplaçant avec elle, une sorte de cordon dur, un peu bosselé, donnant bien l'impression du gros intestin.

Le toucher vaginal montre un col utérin abaissé, entr'ouvert, immobile ; le palper et le toucher combinés révèlent l'utérus plaqué contre la symphyse pubienne, le fond déjeté à droite, la tumeur en est indépendante ; on perçoit la fluctuation et on se rend aisément compte que le ligament large gauche est complètement envahi.

On pose le diagnostic de kyste de l'ovaire, inclus dans le ligament large avec adhérence de l'S iliaque à la tumeur, et on décide une intervention, la cardiopathie ne contre-indiquant pas l'anesthésie.

Opération le 17 juin 1905 (M. Bérard). Anesthésie à l'éther ; position de Trendelenburg avec peu d'inversion, en raison du volume de la tumeur. Laparotomie sous-ombilicale médiane ; on reconnaît, aussitôt après l'ouverture du péritoine, la paroi blanchâtre du kyste, sillonnée de vaisseaux ; ponction au gros trocart ; on évacue ainsi dix à douze litres de liquide séro et muco-hématique contenu dans une poche principale, tapissée de petits kystes secondaires. On peut attirer alors la poche ; mais, dès le début de sa décortication, on s'aperçoit vite que le kyste est inclus dans le ligament large ; au sommet on trouve l'S iliaque, qui le coiffe, et qui adhère entièrement à lui, son méso ayant été dédoublé par la tumeur.

On incise les différentes couches qui recouvrent le kyste, à distance

de l'intestin, et en essayant de ménager au maximum son méso. Le plan de clivage est trouvé aisément ; le décollement se fait bien, sauf une hémostase assez difficile. La paroi du kyste est ainsi isolée, et on constate qu'il y a un pédicule formé par la trompe gauche et par de gros vaisseaux ; il s'agit bien d'un kyste inclus dans le ligament large. Le premier temps effectué, on revient à l'S iliaque et on voit que celle-ci est partiellement ou complètement dépourvue de son méso sur une longueur de 25 centimètres ; il n'y a aucune chance d'espérer une nutrition suffisante pour ce segment intestinal. L'entérectomie est aussitôt décidée. Coupé entre 2 pinces, l'intestin est réuni bout à bout par une suture au fil de soie, faite suivant le procédé classique à deux plans : suture du méso.

Après cette incision, il est impossible de recouvrir de péritoine toutes les surfaces cruentées, car la loge laissée par le kyste est considérable. De façon à éviter une fistule intestinale ultérieure, en plaçant au contact immédiat de l'intestin suturé la gaze du tamponnement, on ramène le grand épiploon en avant de l'anse suturée, et on place dans la cavité déperitonisée des mèches de gaze autour d'un drain.

Suture de la paroi abdominale.

Suites opératoires. La température n'a pas dépassé 38°1, maximum atteint le soir même de l'opération.

La malade n'a eu aucune réaction péritonéale ; à signaler au troisième jour une légère hématurie, dont il a été impossible de retrouver la cause. La mèche a été retirée le 2^e jour, puis remplacée par un drain ; l'écoulement de liquide péritonéal a été assez abondant ; aucune alerte du côté de l'intestin. Le rétablissement du cours des matières s'est fait rapidement ; la malade quittait l'hôpital le 4 juillet, soit 15 jours après l'opération.

Examen de la paroi du kyste (pratiqué par le P^r agrégé Paviot). Supporté par une épaisse gangue de faisceaux conjonctifs festonnés, on voit un épithélium cylindrique, en une seule couche, faisant de temps à autre, soit des saillies, soit des dépressions, où les cellules chevauchent, imbriquées les unes sur les autres ; dispositif analogue à celui des kystes papillaires. Puis çà et là, peu profondément, dans le voisinage de la ligne épithéliale de revêtement continu, on voit de petites cavités rondes à revêtement cylindrique en pleine gangue conjonctive.

La malade a été revue le 25 septembre ; elle se déclare complètement guérie. Elle a repris toutes ses occupations. La paroi abdominale est solide. Aucune menace d'éventration.

OBSERVATION VI

Hager. *Centralblatt für Gynaecologie*, 1890, n° 1.

Décortication d'un kyste ovarique sous-séreux d'une grandeur insolite.

Le 14 juillet 1888, je fus appelé auprès de M^{me} M., professeur de musique, âgée de cinquante-quatre ans, pour une grosse tumeur abdominale. M^{me} M... avait été chlorotique dans sa jeunesse, réglée à 18 ans, et avait 23 ans lorsqu'elle se maria. Elle eut deux avortements à 25 et 27 ans. Bientôt après sa deuxième fausse couche, les règles devinrent très abondantes et cela demeura ainsi jusqu'à la 49^e année. Après la ménopause, la malade eut des crises d'asthme, de fréquentes bronchites, qui la gênèrent fort dans sa profession. Depuis 5 ans, elle veut avoir souffert dans les côtés du bas-ventre, souffrances constituant une sensation de pression et de pesanteur. Le ventre devint dur et résistant, mais ne se développa que très lentement au début. Puis depuis sept ans, il est devenu manifestement plus volumineux, et sont apparues des incommodités douloureuses de la miction et de la défécation. Les crises d'asthme devinrent plus fréquentes, la marche trainante et chancelante, si bien que M^{me} M... ne put plus parcourir même une petite étendue de chemin sans de violentes douleurs, et se vit complètement réduite à la charité des personnes étrangères.

Etat actuel. — Personne de taille moyenne, mauvais état de nutrition. Peau jaunâtre, anémique ; il en est de même des muqueuses. Marche lente, pénible. Légère enflure des articulations. L'abdomen est dilaté par une tumeur volumineuse qui donne à la patiente l'aspect d'une femme enceinte. Cette tumeur élève jusqu'au creux épigastrique sa plus grande circonférence, et atteint en haut le *scrobiculus cordis*, repoussant fortement en haut le diaphragme du côté gauche. Sur la tumeur

et partout la percussion donne un son mat ; tympanique seulement dans les hypocondres, de même que dans la région droite du bas ventre. La tumeur est parfaitement immobile ; on la sent dure et ferme, élastique seulement à une pression profonde. La surface en est unie ; mais dans la région ombilicale se trouve une petite saillie sphérique, grosse comme le poing d'un petit enfant, immobile. L'exploration interne montre que le vagin est allongé, fortement attiré en haut.

Le col de l'utérus ne peut se palper avec précision au niveau de sa courbure. On ne peut rien sentir de l'utérus par l'examen bimanuel ; il en est de même mais moins pour l'ovaire droit. Le cul-de-sac de Douglas est rempli par une tumeur élastique, que l'on sent parfaitement par le rectum. La pression sur cette tumeur n'est pas perçue par la main appuyée sur l'abdomen. Le cathétérisme du canal cervical échoue.

La respiration est accélérée. Au poumon des symptômes de bronchite diffuse sans infiltration démontrée du parenchyme. Urines sans albumine.

D'après l'examen, il s'agissait d'une tumeur profondément reliée à l'utérus, provenant de la région gauche du bas ventre. La nature élastique de la tumeur faisait présumer avec vraisemblance un kyste ovarique ; sa croissance avec l'utérus plutôt un myome. La ponction d'épreuve devait donner des renseignements. La ponction faite le jour suivant ramena un liquide de kyste ovarique, épais et colloïde. Je posai alors le diagnostic de kyste prolifère, fortement développé avec les organes environnants.

Opération le 18 juillet. — Incision sur la ligne blanche depuis l'ombilic jusqu'à trois doigts au-dessus de la symphyse pubienne. Après l'ouverture de la cavité péritonéale, il sortit quelques cuillerées à potage de liquide d'ascite, et une tumeur incrustée de veines rayonnantes et bleuâtres apparut. La patiente fut couchée sur le côté gauche et un bistouri enfoncé dans la tumeur. Mais pas de liquide de kyste ne fut évacué, et on s'aperçut que l'incision pratiquée dans la tumeur, avait surpris l'utérus remonté jusqu'à l'ombilic. Alors l'incision abdominale fut prolongée jusqu'à un travers de main au-dessous de l'appendice xyphoïde. Un gros kyste se présenta qui fut ponctionné et vidé. Un demi-litre environ d'un liquide colloïde fut évacué. La tentative de

pénétrer dans la cavité attenante au kyste ponctionné échoua parce que les parois du kyste étaient trop épaisses. L'ouverture par ponction fut pratiquée avec une pince de Nélaton et alors l'incision rectifiée fut conduite à gauche de l'utérus, sur la grosse convexité de la tumeur. Après le clivage de l'enveloppe péritonéale, j'arrivai avec toute la main entre la surface de la tumeur et le péritoine, et je pus sans hémorrhagie remarquable, décortiquer de sa loge l'énorme tumeur qui se trouvait complètement rétropéritonéale. Seulement la séparation avec la paroi postérieure de l'utérus fut plus difficile à pratiquer. La tumeur n'avait point de pédicule ; cependant au fond du petit bassin, où la décortication ne fut pas conduite plus loin, on lia à la soie une partie minime des tissus solides et enroulés. Pour l'énucléation de la tumeur les intestins furent prolabés, et contenus dans des linges chauds et sublimes. Le collapsus était imminent. Injection d'éther.

En remplaçant l'intestin, le péritoine se posa très bien contre la paroi abdominale postérieure et contre la paroi du bassin. Seulement l'utérus libéré de sa couverture péritonéale postérieure, ballottait au fond du petit bassin sur le col démesurément étiré dans la longueur. Outre cela, il y avait, en dehors de la blessure artificielle à la corne gauche, qui du reste ne perforait pas le *cavum*, deux myomes sous-séreux, gros comme des noix ; et il me parut que le plus opportun était d'extirper tout l'utérus. Après ligature préalable avec caoutchouc, l'utérus fut enlevé ; le moignon suturé, la muqueuse cervicale étant réséquée, et suturée à la manière habituelle. La cavité abdominale fut refermée. La durée de l'opération fut de 1 heure 1/4.

La tumeur extirpée se démontra comme un kyste multiloculaire de l'ovaire, avec de nombreux kystes, plutôt petits, et un liquide épais et noirâtre.

Au deuxième jour après l'opération, il y eut une ascension de la température à 39°3 (dans le rectum). Cependant le pouls était bon et l'état général satisfaisant. Dans la nuit qui suivit, une bronchite aiguë grave et une crise violente d'asthme firent leur apparition. Malgré la douleur ressentie par la patiente au niveau de la plaie abdominale, la malade ne put respirer qu'en demeurant assise dans la position verticale. Et dans la nuit une forte injection de morphine fut nécessaire pour amener le sommeil. Il apparaissait sans doute, dès le début, que la fièvre

qui se poursuivait moyennement élevée, oscillant entre 38°2 et 39°6, provenait soit de la bronchite, soit d'un processus inflammatoire intestinal ; cependant la malade ne présenta pas de symptômes de péritonite et l'examen pratiqué quatre jours après l'opération ne fit découvrir aucun exsudat dans le petit bassin. Puis le 27 juillet je pus découvrir un exsudat moyen, à droite, à côté du col ; il y eut coïncidence de fièvre légère jusqu'au 15 août, jour où l'exsudat s'ouvrit dans le vagin et la fièvre cessa aussitôt. Les crises d'asthme avaient déjà disparu et de bonne heure. La malade recouvra un appétit remarquable ; et se rétablit rapidement, comme à vue d'œil. Quand elle me revint une fois, au commencement d'octobre, elle n'était pas reconnaissable, avait visiblement pris du poids et était libérée de toutes souffrances.

J'ai encore à ajouter à l'histoire de cette malade, que M^{me} M... est morte en février 1889, environ une demie-année après l'opération, d'iléus survenu à la suite de tuberculose miliaire péritonéale. Le 18 janvier, elle s'alita, après avoir été déjà depuis longtemps fébricitante, et souffert de grandes difficultés dans la défécation, avec tous les symptômes d'iléus. La laparotomie faite aussitôt après l'apparition des vomissements fécaloïdes n'eut pas de suites, parce que les intestins parsemés de granulations miliaires innombrables étaient soudés entre eux, aussi bien qu'à la paroi abdominale. La malade survécut encore quatorze jours. La nécropsie, qui malheureusement devait être limitée à l'abdomen, confirma ce qu'avait établi l'opération.

OBSERVATION VII

Due à l'obligeance de M. le Dr Van Hassel à Pâturages (Belgique)

Kyste ovarique gauche rétropéritonéal.

La malade avait dépassé la cinquantaine ; elle souffrait depuis plusieurs années ; elle était dans un état d'émaciation extrême, par suite du mauvais fonctionnement des voies digestives, mécaniquement entravé et par suite du manque de repos. Cette femme ne pouvait se coucher ; le volume du ventre étant tel, qu'elle devait rester étendue assise obliquement en arrière sur le bord d'une chaise.

Je l'opérai donc et pratiquai une laparotomie médiane ; détail à noter au point de vue du diagnostic : celui-ci resta vague. Le ventre était également rempli à droite comme à gauche. On sentait une tumeur fluctuante, à poches séparées. L'utérus était tellement remonté qu'il était impossible de l'atteindre par le toucher vaginal.

Après ouverture du ventre, je vis que la tumeur était rétropéritonéale ; j'incisai le péritoine, je ponctionnai une poche du kyste, puis une seconde, puis une troisième. Et quand son volume fut suffisamment diminué, je le décortiquai très aisément. Il remontait jusqu'au diaphragme ; il dépassait à droite la colonne vertébrale. La décortication ne donna lieu à aucune complication. J'eus à lier quelques artères. Je fermai la poche et la paroi abdominale et j'appliquai un pansement ouaté compressif.

La guérison fut rapide, et l'état général de la malade se modifia merveilleusement en quelques mois.

Les eaux du kyste avaient été recueillies, il y en avait trente litres. Les membranes pesaient cinq kilogs.

OBSERVATION VIII

Van Hassel

Kyste ovarique droit rétropéritonéal.

Jeune femme de 30 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué un phlegmon refroidi du paromètre. On lui avait fait déjà une incision du cul-de-sac vaginal droit sans pouvoir l'atteindre. Une autre confrère avait diagnostiqué une salpyngite adhérente.

Après laparotomie et incision du ligament large, l'énucléation fut aisée ; les kystes se trouvent d'ailleurs habituellement dans une atmosphère de tissu cellulaire lâche. Quelques vaisseaux les relient aux parties voisines.

OBSERVATION IX (Van Hassel)

Kyste ovarique rétro-péritonéal

La malade a passé par les mêmes péripéties de diagnostic que les précédentes. Quand une femme a eu des suites de couches fébriles, pendant assez longtemps, on peut songer à l'évolution d'une paramétrite suppurée à noyau latéral. C'est ce qui trompa le confrère qui me fit appeler. Mais pour des doigts habitués, il y a là un toucher différentiel qui trompe rarement.

Bref après ouverture du ventre, mon diagnostic de kyste du ligament large fut confirmé et l'opération fut rapide. Ici, j'eus assez de vaisseaux qui se déchirèrent à l'intérieur de la poche, de petits vaisseaux que je n'eus point à lier. Un bourrage temporaire à la gaze suffit pour arrêter tout écoulement.

Le clivage du kyste avait été facile également dans cette intervention qui fut suivie de succès.

OBSERVATION X (Bassini)

Résumée par Liebmann de Triest, in *Centralblatt für gynæcologie*,
1889, N° 36, loc. cit., 640,

La circonférence du ventre de la malade, âgée de trente-sept ans, mesure quatre-vingt centimètres. La tumeur fluctuante était déjà apparue depuis trois ans et grossit d'une façon ininterrompue. Par la ponction d'épreuve il fut évacué un liquide brun verdâtre contenant une forte proportion d'albumine. Par la laparotomie on trouva les ovaires et l'utérus normaux. La tumeur fut décortiquée du mésocôlon sans ponction (poids total 1.10 gr.). Elle remontait en haut jusqu'au rein gauche qui apparut sain à la palpation. A côté de nombreux autres vaisseaux, l'artère mésentérique supérieure dut être liée pour la décortication. L'examen microscopique de la tumeur fit reconnaître tous les caractères des kystes ovariques. Franche guérison.

III

Étiologie et Pathogénie

Tous les auteurs s'accordent sur la rareté des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux. Le nombre d'observations existant dans la littérature médicale est restreint; nos recherches ne nous ont fait connaître que les dix que nous citons.

C'est surtout à l'âge moyen de la vie qu'on observe l'affection, entre 35 et 45 ans. Quelquefois les malades ont déjà terminé leur vie génitale. L'opérée de M. Heurtaux n'avait que 25 ans.

Laroche étudiant la genèse de l'inclusion des kystes ovariens, rapporte les considérations de Vautrin sur le même sujet et admet des causes prédisposantes de deux ordres:

1^o d'ordre pathologique: congestion de l'appareil utéro-ovarien, déplacements de l'ovaire, processus inflammatoire;

2^o d'ordre anatomique: dissociation de l'ovaire, disposition anormale des couches qui le constituent, ovaires surnuméraires, anomalies de situation de la glande génitale, absence ou étalement du mésovarium.

En reprenant nos observations nous trouvons que dans:

— La première, la malade a eu une fausse-couche à 37 ans; depuis cette époque elle a toujours eu des crises douloureuses dans le bas ventre.

— La deuxième, la malade a à 33 ans une crise de douleurs violentes siégeant dans le bas ventre, des vomissements et de

la fièvre; une deuxième crise analogue se renouvelle à quelques mois d'intervalle et jusqu'à 46 ans, elle souffre à droite dans la fosse iliaque; les règles sont abondantes, prolongées, douloureuses.

— La sixième, la malade souffre depuis la ménopause survenue à 49 ans. Elle en a 54, lors de l'opération; la tumeur n'est manifestement apparue que vers 52 ans.

— Quoique très résumées, les observations VIII et IX, nous montrent des phénomènes inflammatoires précédant l'affection, phénomènes si accentués qu'ils sont la cause d'erreurs de diagnostic.

Par contre, dans l'observation III, la malade ne s'aperçoit que par hasard qu'elle est porteuse d'une tumeur au bas ventre; cette tumeur est du volume d'une orange; pas d'antécédents pathologiques du côté des organes sexuels.

La malade de MM. Bérard et Patel entre à l'hôpital pour une tumeur abdominale apparue depuis longtemps et que ne devança point un état congestif ou inflammatoire de l'appareil génital.

Dans l'observation IV, la malade a remarqué une augmentation progressive du ventre survenue sans aucune cause apparente, sans altération de la santé générale.

Ayant passé l'âge de la ménopause, nous n'avons à citer que les malades des observations V, VI, VII.

Les causes prédisposantes d'ordre pathologique décrites par M. Laroche peuvent donc précéder l'apparition des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux. Mais comme nous ne les retrouvons pas d'une manière suivie dans l'histoire des malades de nos observations, leur rôle ne devient plus probant et n'est en tout cas pas toujours nécessaire. Comment agiraient ces causes? Les exsudats fribrineux, les membranes inflammatoires, les adhérences s'opposeraient à l'épanouissement intrapéritonéal des kystes qui chercheraient une voie dans le ligament large; telle est l'opinion de M. Laroche. Ne pourrait-on admettre que les résultats seraient identiques, si le rôle des processus congestifs ou inflam-

maloires était de ramollir le tissu cellulaire du paramètre et de faciliter ainsi à la tumeur le clivage du ligament large?

Cet auteur a fait jouer un rôle bien trop secondaire aux causes prédisposantes d'ordre anatomique. De ces causes nous n'examinons que les anomalies numériques ou topographiques, dont l'influence paraît nette dans quelque cas.

Rencontrés dans la proportion de 4 0/0 les ovaires surnuméraires peuvent occuper un siège variable. Formant parfois un véritable et troisième ovaire, ou appendus à l'organe principal au niveau du hile, ils peuvent occuper, plus indépendants, une région quelconque du ligament large. Leur genèse est assez complexe, soit qu'ils résultent de cellules germinatives formées en dehors de l'éminence génitale, les éléments formés se développant pour leur propre compte en un point quelconque du ligament large; soit qu'ils représentent des fragments de tissus ovariens séparés de l'ovaire par un mécanisme quelconque au cours de la migration; l'anomalie peut se produire par torsion, élongation, division de l'ovaire par une bride péritonéale. Stolz a trouvé 39 cas de ces ovaires surnuméraires, ayant donné lieu à des tumeurs ovariennes. Sur ces 39 tumeurs, 10 sont kystiques. Brigidi, dans un mémoire paru en 1896, dans les « *Annali di ostetricia e ginecologia* », voit dans les anomalies numériques et l'ectopie ovarienne, le substratum anatomique du processus, aboutissant à la formation de kystes inclus. Nous extrayons de son travail les considérations suivantes:

I. — Les femmes atteintes de kystes intraligamentaires sont très souvent stériles et il ne saurait en être autrement dans le cas d'ectopie ovarienne sous-péritonéale bilatérale.

II. — Dans ces mêmes cas d'ectopie bilatérale, on peut observer deux tumeurs kystiques, volumineuses toutes les deux, ou encore l'une volumineuse et l'autre petite.

III. — On peut encore trouver d'un côté un kyste plus ou moins gros et de l'autre côté un ovaire rudimentaire, difficile à trouver à cause du péritoine qui le recouvre, soit

encore l'absence de l'ovaire par suite d'aplasie ou d'atrophie très avancée.

IV. — L'ectopie ovarienne sous-péritonéale peut être unilatérale. Dans ce cas, la femme peut avoir eu des enfants avant que l'ovaire ectopié n'ait subi la transformation kystique. Si les deux ovaires devenaient kystiques, on aurait d'un côté un kyste ovarique commun et du côté de l'ectopie, un kyste intraligamentaire.

V. — Lorsqu'il existe entre les feuillets du ligament large des germes ovariques séparés de l'ovaire ou des ovaires surnuméraires donnant naissance à des tumeurs kystiques, on peut observer des kystes intraligamentaires, en même temps que des ovaires en situation normale. Il peut y avoir encore un kyste intraligamentaire en même temps qu'une transformation kystique de l'ovaire normal du même côté; et si le kyste inférieur en se développant entre les feuillets du ligament large, vient à rejoindre l'ovaire kystique, situé au-dessus de lui, les deux tumeurs peuvent se fusionner et en imposer pour un kyste provenant de l'ovaire normal, disséquant et séparant les feuillets du ligament large. Si les germes ovariques ou les ovaires surnuméraires renfermés dans le ligament large subissent la dégénérescence kystique, il peut arriver que l'ovaire normalement situé au-dessous soit repoussé en haut par le kyste intraligamentaire qui se présente alors surmonté de l'ovaire normal.

Malheureusement l'anatomie ne nous donne que peu de renseignements au sujet de cette ectopie sous-péritonéale. Non signalée dans les traités les plus modernes, peut-être faut-il la considérer comme une représentation de ce que le professeur Poirier a décrit sous le nom de bourses ovariennes. « De l'encapuchonnement de l'ovaire par le péritoine qui entoure spécialement l'ampoule tubaire résulte la formation d'une bourse qui entoure l'ovaire en haut, en arrière, en bas, en dehors et aussi partiellement en dedans.

Cette bourse est donc incomplète et ne représente pas une cavité close. Parfois cependant elle simule par un plus grand développement une capsule séreuse péri-ovarienne qui ne communique plus que par un point voisin de l'orifice tubaire, avec la grande cavité péritonéale. -

Chez beaucoup de mammifères, en particulier chez certains carnivores, l'ovaire est réellement inclus dans une poche totalement fermée constituée aux dépens du péritoine et présentant dans sa disposition, une fixité qui est assurée par un véritable appareil ligamentaire. »

L'embryologie n'est pas plus explicite. L'ovaire en effet se développe aux dépens des mêmes cellules que celles qui forment le péritoine dans la cavité cœlomique. A aucune époque dans son développement l'organe ne se trouve extrapéritonéal.

Quelle est donc la valeur de la théorie de Brigidi en ce qui concerne l'ectopie sous-péritonéale de l'ovaire? Les faits nous manquent pour accorder un rôle dans l'évolution rétro-péritonéale des kystes ovariens, à cette anomalie de topographie.

Pour les anomalies numériques, il en va autrement. Deux de nos observations, celles de Heurtaux (IV) et de Bassini (X), peuvent cadrer parfaitement avec l'hypothèse d'un développement kystique ayant pour point de départ des ovaires surnuméraires siégeant dans le ligament large. Dans les deux cas l'ovaire correspondant est sain; la tumeur a macroscopiquement tous les caractères d'un kyste ovarien. Seule, l'observation de Heurtaux peut demeurer douteuse sur cette nature, l'analyse microscopique n'ayant pu être faite à temps.

La pathogénie de ces tumeurs ovariens rétropéritonéales ne se différencie pas de la pathogénie des kystes ordinaires. Nous rappelons brièvement les deux théories en présence. Pour Waldeyer, l'origine serait congénitale et due à l'anomalie de la persistance des tubes de Pflüger. La transformation kystique se ferait par ramollissement des cellules

centrales; à ce ramollissement succéderait une liquéfaction. Le bourgeonnement des parois donnerait naissance à des tubes nouveaux où se poursuivrait ce même processus de ramollissement et de liquéfaction. Uniloculaire au début, puis multiloculaire, le kyste pourrait revenir à la forme uniloculaire par fusion des poches. Les éperons résultant de cette fusion formeraient des saillies. Les végétations papillaires dériveraient des végétations épithéliales ultérieures. L'épithélium est l'épithélium glandulaire primitif.

La théorie de Malassez et de de Sinety, pour différente qu'elle paraisse, n'éloigne pas trop cependant la précédente. L'épithélium germinatif est pour ces auteurs le véritable tissu matriculaire du néoplasme. Il n'y a d'abord qu'une invagination de l'épithélium de revêtement, puis des tubés ou des cavités plus ou moins sphériques par liquéfaction après ramollissement des cellules centrales. Les saillies papillaires sont dues au bourgeonnement épithélial intrakystique.

Ces auteurs ajoutent: « cette invagination ne résulterait-elle pas de quelque malformation dans l'embryogénie de l'organe, malformation latente dont les conséquences funestes ne se montreraient que plus tard. C'est dans cet ordre d'idées qu'on a fait jouer un rôle à la persistance des tubes de Pflüger chez l'adulte, signalée dans quelques cas. » C'est admettre implicitement la probabilité de la théorie de Waldeyer.

IV

Anatomie pathologique

Toutes nos observations se rapportent à des kystes prolifères. Devons-nous admettre que ce fait est la conséquence de leur volume? Les kystes dermoïdes, ceux du parovaire sont en effet ordinairement petits. Cependant, les kystes dermoïdes peuvent atteindre un volume considérable par leur combinaison avec les kystes prolifères; nous n'avons aucun cas de ces kystes mixtes rétropéritonéaux à présenter.

Ces kystes sont donc volumineux: (VII: 30 litres de liquide retirés par ponction; poids des membranes: 5 kilos; IV: 15 litres de liquide; V: 9 litres et la tumeur n'est que réduite; III: la poche principale contient 6 kilos de liquide; les membranes pèsent 1.250 grammes).

Leur forme est variable, sphérique, ovoïde, réniforme (IV). Leur surface est lisse ou présente des bosselures de différentes proportions. A l'ouverture de la cavité abdominale, ils apparaissent blanchâtres; sur ce fond se détachent en bleuâtre, des flexuosités veineuses. Bien qu'ils ne soient qu'une variété de kystes inclus, donc sessiles, ils peuvent paraître posséder un pédicule constitué soit par des arborisations vasculaires ou même par la trompe.

Multiloculaires, leurs cavités sont séparées par des cloisons tantôt complètes, tantôt incomplètes. La surface intérieure présente des végétations papillaires plus ou moins

abondantes, plus ou moins bien organisées. Les parois sont épaisses; en de rares endroits elles peuvent être cependant d'une minceur extrême (III). A l'intérieur des parois, des plaques calcaires sont quelquefois à noter.

Le contenu est un liquide épais, analogue au toucher à du blanc d'œuf. La quantité en est variable, de 30 litres à un demi-litre. La couleur en est brun chocolat, avec des stries sanguinolentes ou franchement hématisées. Ce liquide est riche en albumine: seul caractère chimique noté.

Au microscope, la paroi nous montre une gangue conjonctive, d'un feutrage dense, à l'intérieur de laquelle circulent des vaisseaux; mêlées aux éléments conjonctifs, sont çà et là quelques fibres musculaires.

L'épithélium est formé par une assise de cellules cylindriques faisant de temps à autre des saillies ou des dépressions. Ces cellules parfois se chevauchent et s'imbriquent. Outre cette variété cellulaire, on en rencontre d'autres; le type à cil vibratile, le type muqueux y sont représentés. C'est en somme le polymorphisme ordinaire de l'épithélium des kystes de l'ovaire.

L'affection est unilatérale, le plus souvent. Mais elle peut être également bilatérale: II et III. Dans ces cas, une seule des tumeurs s'est considérablement développée et a pris la situation rétropéritonéale; l'autre appartient plutôt à la catégorie des kystes inclus dans le ligament large. Sans avoir une prédilection nette, les kystes siègent plus fréquemment sur l'ovaire gauche que sur l'ovaire droit.

La topographie des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux est une question des plus importantes. Mais avant d'étudier les rapports que présentent ces kystes, nous croyons nécessaire de donner une description de la situation anatomique normale du péritoine qui tapisse la cavité pelvienne et la paroi abdominale postérieure.

En abandonnant la paroi abdominale antérieure, le péritoine se jette sur la vessie, en tapisse la face postérieure et la partie la plus élevée des faces latérales. A droite et à

gauche, il se réfléchit sur les parois latérales de l'excavation pelvienne et les ayant revêtues de bas en haut, passe dans la fosse iliaque interne.

De la vessie, le péritoine se réfléchit sur l'utérus, qu'il rencontre au niveau de l'isthme et formant le cul-de-sac vésico-utérin en tapisse la paroi antérieure, en contourne le fond et s'étale sur la face postérieure. Il la dépasse et revêt ainsi la paroi postérieure du vagin sur une étendue de 15 à 20 millimètres. Il se redresse sur le rectum (cul-de-sac recto-vaginal ou de Douglas). Sur les bords latéraux de l'utérus, les deux feuilletts péritonéaux, l'antérieur et le postérieur s'adossent en un repli qui se prolonge jusqu'à la paroi pelvienne. Unis à leur partie supérieure, par un bord tranchant allant de l'utérus à la ligne innommée, ils s'écartent à leur partie inférieure et externe. Ces replis formés à droite et à gauche sont les ligaments larges qui représentent avec l'utérus une cloison divisant le petit bassin en deux compartiments: vésical et rectal.

Chacun des ligaments larges présente à considérer 2 faces et 4 bords. La face antérieure, non uniformément étalée, est soulevée par le ligament rond auquel elle forme un petit méso: aileron antérieur. La face postérieure plus accidentée est soulevée par le ligament ovarique, l'ovaire, le ligament infundibulo ovarique: aileron postérieur. On peut diviser cet aileron en trois segments:

Un interne, constitué par un mésoséreux pour le ligament ovarique.

Un segment moyen, le mésovaire.

Un segment externe contenant le ligament infundibulo-ovarique et des vaisseaux. Le péritoine y subit comme au niveau de l'ovaire une interruption suivant l'étendue de la frange de Richard.

Le bord interne ou utérin renferme les vaisseaux et les nerfs utérins, le canal de Gartner et le paroophore.

Le bord externe ou pariétal, situé sur l'aponévrose de l'obturateur interne et du releveur anal. S'y trouve contenu

le pédicule vasculaire externe ou utéro-salpyngo-ovarien; ce bord est assez adhérent et peu mobile.

Le bord inférieur ou base repose à distance sur le plancher pelvien dont il est séparé par une couche cellulo-musculo-fibreuse (paramètre). A ce niveau les feuilletts péritonéaux s'écartent pour se porter en avant et en arrière; mais cette réflexion a lieu sur la paroi vaginale pour le postérieur; sur l'isthme utérin pour l'antérieur, de telle sorte que la lame postérieure est la plus étendue. C'est par ce bord que pénètrent les vaisseaux utérins, vaginaux, l'uretère.

Le bord supérieur libre, encore appelé aileron moyen, supérieur ou tubaire, contient la trompe, contournée au niveau de sa région ampullaire. Le pavillon perfore la lame séreuse et l'orifice abdominal se trouve intra-péritonéal et très près du bord libre. Plus en dehors, le bord supérieur renferme les éléments cellulo-musculo-vasculaires du ligament suspenseur de l'ovaire.

Ainsi entendu, le ligament large n'occupe pas sa situation véritable. En place, à cause de son adhérence à l'utérus, il obéit dans sa moitié interne aux déplacements de ce dernier uni au pédicule vasculaire supérieur qui est relativement fixe sur la paroi pelvienne et se trouve en arrière d'un plan frontal passant par le fond de la matrice, il devra former une cloison oblique en arrière et en dehors. Enfin, le mésosalpynx trop large pour se loger dans le petit bassin, doit se replier. Ce repliement se fait au niveau de l'extrémité externe de l'ovaire et s'opère d'arrière en avant, en raison de la pression des intestins grêles. En sorte qu'on doit considérer au ligament large deux segments, un interne, horizontal: la face postérieure devient postéro-supérieure, l'antérieure, antéro-inférieure. L'autre externe, vertical: la face postérieure y est devenue interne, la face antérieure, externe.

Reprenons le péritoine au niveau du cul-de-sac recto-vaginal. Un peu au-dessous, il forme deux replis semi-lunaires

qui de l'isthme se portent sur la première, deuxième ou troisième vertèbre sacrée; replis de Douglas ou utéro-sacrés. Assez fréquemment en dehors, un deuxième repli, utérolombaire, se détache de la face postérieure de l'utérus, à 8 ou 10 millimètres au-dessus de l'origine du précédent, se porte en arrière et s'insère sur le côté correspondant de la cinquième vertèbre lombaire.

Sur le rectum, le péritoine revêt la face antérieure, puis les faces latérales; seule, la moitié supérieure de la première portion du rectum est en rapport avec la séreuse.

Au-dessus de l'excavation pelvienne, si la paroi postérieure de l'abdomen ne présentait aucun viscère, la séreuse s'y étalerait d'une façon simple et régulière. Mais sur le milieu le jéjuno-iléon et sur les côtés les portions ascendantes et descendantes du gros intestin la soulèvent et s'en enveloppent dans une partie plus ou moins considérable de leur circonférence.

Le jéjuno-iléon est à peu près complètement engainé dans la séreuse sauf au niveau du bord postérieur où s'adossent les deux feuillets péritonéaux constituant la mésentère. Disposé en sens diagonal, ce ligament s'insère sur une ligne joignant le côté gauche de la deuxième lombaire au côté interne du cæcum. Son bord antérieur présente la même longueur que le jéjuno-iléon; le postérieur, plus court, ne mesure que 16 à 18 centimètres et répond successivement de haut en bas:

Au côté interne de la quatrième portion du duodénum; au duodénum lui-même qu'il croise en même temps que l'artère mésentérique au point de jonction de la troisième et quatrième portion; à l'aorte abdominale; à la veine cave et aux vaisseaux iliaques primitifs du côté droit.

De dedans en dehors, chacun des feuillets mésentériques fuit la ligne d'insertion. Le droit revêt la partie moyenne de l'aorte abdominale, la veine cave inférieure, le psoas, l'uretère et les vaisseaux utéro-ovariens, la partie inférieure du rein droit, les artères et les veines coliques droites et arrive à la portion ascendante du gros intestin.

Dans la grande majorité des cas, il encapuchonne entièrement le cæcum; plus rarement, lui forme un méso le rattachant à la fosse iliaque, plus rarement encore, il passe tout simplement sur sa face antérieure l'appliquant contre l'aponévrose iliaque. Le péritoine se comporte sur l'appendice exactement comme sur une anse d'intestin grêle; il l'entoure sur presque tout son pourtour et s'adossant à lui-même au niveau de l'un de ses bords forme un véritable méso. Ce méso-appendice unit le conduit au côté interne du cæcum et à la partie tout inférieure du mésentère.

Au niveau du côlon ascendant, le péritoine abandonnant la paroi abdominale recouvre sa face interne, sa face antérieure et sa face externe, puis se jette de nouveau sur la paroi abdominale. La face postérieure du côlon respectée par la séreuse, repose sur les organes sous-jacents (disposition rencontrée 64 0/0 d'après Trèves). Plus rarement, le péritoine donne au côlon ascendant, un court méso. Au delà, il s'étale d'arrière en avant sur la paroi latérale de l'abdomen.

Après avoir tapissé de dedans en dehors le muscle psoas, l'uretère, les vaisseaux utéro-ovariens, la partie moyenne et inférieure du rein gauche, les vaisseaux coliques gauches, le feuillet gauche du mésentère arrive sur la portion descendante du gros intestin où il se comporte comme sur le côlon ascendant, 75 fois sur 100 il se contente de revêtir ses trois faces interne, antérieure et externe; la face postérieure reposant sur la paroi abdominale, directement. 25 fois sur 100 on trouve un méso.

Au niveau du côlon ilio-pelvien, la disposition est différente; sauf sur la première portion entre la crête iliaque et le bord externe du psoas, où elle demeure identique. Sur les autres portions, le péritoine se dispose comme sur l'intestin grêle; il tapisse la face supérieure, le bord antérieur, la face inférieure; il s'adosse à lui-même sur le bord postérieur: mésocôlon ilio-pelvien ou sigmoïde. Le méso se fixe d'autre part à la paroi postérieure de la cavité

abdomino-pelvienne, insertion pariétale très irrégulière mais entièrement fixe et représentée par une ligne deux fois coudée sur elle-même, en forme d'S, s'étendant du bord externe du psoas à la face antérieure de la troisième vertèbre sacrée. Au voisinage de cette insertion, sur l'artère iliaque primitive, un peu au-dessus de sa bifurcation, se trouve un orifice circulaire: fossette intersigmoïde.

Au delà de la portion descendante du côlon, le péritoine redevient pariétal. A hauteur de la troisième lombaire, la séreuse représentée par les deux feuillets mésentériques, se réfléchit d'arrière en avant et de haut en bas pour se porter sur le bord postérieur du côlon transverse, constituant ainsi le feuillet inférieur d'un vaste repli, le mésocôlon transverse qui unit la portion transversale du côlon à la paroi abdominale postérieure.

Dans ce trajet, le feuillet droit du mésentère revêt la face inférieure de la troisième portion du duodénum. Le feuillet gauche revêt de même dans sa moitié antérieure la portion ascendante, formant sur le flanc gauche de ce conduit deux petits replis falciformes et les deux fossettes duodénales, inférieure et supérieure.

Au niveau de l'angle duodénojéjunal, les deux feuillets mésentériques adossés se fusionnent en une lame unique constituant la partie moyenne du mésocôlon. On trouve là une nouvelle fossette duodénojéjunale.

Ce feuillet se porte d'arrière en avant sur la face inférieure du côlon transverse et l'engaine.

L'exposé de ces notions d'anatomie normale nous permet maintenant de nous rendre compte des modifications apportées par le développement rétropéritonéal de la tumeur ovarique et des rapports qu'elle offre: Nous pouvons considérer aux kystes de l'ovaire rétropéritonéaux deux faces, une antérieure, l'autre postérieure; deux bords, l'un interne, l'autre externe; deux extrémités, supérieure et inférieure. Noyés dans une atmosphère de tissu cellulaire lâche, par l'intermédiaire duquel s'établissent les rapports

que nous allons préciser, leur face antérieure présente cependant des adhérences plus intimes rendant la décoration plus délicate et plus longue. Les rapports varient avec la situation droite ou gauche de la tumeur, avec ses dimensions, chaque cas étant pour ainsi dire particulier.

Face antérieure. — Elle est presque toujours en rapport avec l'intestin; soit par ordre de fréquence, avec les côlons descendant ou ascendant, le jéjuno-iléon, le côlon iléo-pelvien. Ces rapports commandés par le développement de la tumeur à droite ou à gauche, s'établissent par clivage des mésos.

Lorsque le point de départ de la tumeur est l'ovaire droit, on observe le dédoublement de la portion correspondante du ligament large dont le feuillet postérieur s'élève en même temps qu'elle. Peut-être est-ce à ce mécanisme que nous devons l'ascension de l'utérus si fréquente dans l'affection. Plus haut, le kyste rencontre le mésocæcum, le mésocôlon et le mésentère dont le point de fixation inférieur est à ce niveau. Il s'interpose entre les lames de ces mésos et les écarte. Le tissu cellulaire est peu abondant, l'intestin repose directement ou presque sur le kyste, immobilisé par le péritoine qui passe au-dessus sans l'engainer. Si la tumeur a effectué sa croissance latéralement (IV) il repousse vers la ligne médiane et même au delà cæcum, côlon ascendant, et s'insinue plus tard au-dessous de ces conduits.

Le seul exemple de dédoublement du mésentère est l'observation II du professeur Boursier. L'affection était bilatérale; rétro-péritonéale à droite, incluse à gauche. Cette situation droite du kyste paraît une condition nécessaire à ce dédoublement. C'est en effet à droite que se trouve la partie la plus inférieure du mésentère; de plus à ce niveau sa situation est éloignée de la ligne médiane de l'abdomen; enfin de là, il se dirige de bas en haut, dans le sens du développement de la tumeur.

Le clivage des mésos ne s'effectue que dans la mesure

du volume du kyste. Tandis que le mésocôlon ascendant tout entier, la partie droite du mésocôlon transverse ont leurs feuillets écartés dans leur totalité, le mésentère ne subit cet écartement que sur une faible longueur, disposition due aux dimensions considérables du mésentère par rapport aux mésocôlons.

Quand la tumeur atteint un volume exceptionnel, sa face antérieure peut se mettre en rapport avec le bord postérieur du foie.

Si elle est greffée sur l'ovaire gauche, c'est entre les feuillets du mésocôlon qu'elle s'insinue le plus fréquemment, entre les feuillets du côlon sigmoïde dans le cas de MM. Bérard et Patel. Ici, comme à droite, le ligament large est plus ou moins détruit. Sa portion la plus interne peut demeurer et former comme un pédicule au kyste. Le feuillet postérieur, entraîné, s'élève et tend à se déplisser complètement. La portion descendante du gros intestin est rejetée vers la ligne médiane; parfois elle passe en écharpe au-devant du kyste. Le côlon sigmoïde le coiffe dans l'observation de MM. Bérard et Patel. Comme à droite l'ascendant, le mésocôlon descendant peut être dédoublé dans sa totalité; le mésocôlon iliaque d'un développement plus important ne l'est qu'en partie.

Face postérieure. — Elle recouvre tous les organes qui à l'état normal sont tapissés par le péritoine.

A droite: les vaisseaux iliaques primitifs et leurs branches de bifurcation, l'uretère, les vaisseaux utéro-ovariens, le muscle psoas, l'iliaque; plus haut, la veine cave inférieure, les vaisseaux utéro-ovariens, l'uretère, les vaisseaux rénaux et les vaisseaux coliques droits, la face antérieure du rein. Plus en dehors, la tumeur s'étale sur la paroi abdominale latérale, reposant sur le fascia propria.

A gauche: vaisseaux iliaques primitifs et branches de bifurcation, vaisseaux mésentériques inférieurs, utéro-ovariens, muscles psoas, iliaque. Plus haut: aorte abdominale,

vaisseaux uléro-ovariens, uretère, vaisseaux rénaux, vaisseaux coliques gauches, face antérieure du rein. Etalement en dehors sur la paroi abdominale latérale.

C'est surtout sur cette face postérieure que les rapports s'établissent par une gangue abondante du tissu cellulaire lâche; ce qui explique la rareté des lésions artificielles produites au cours de la décortication.

Bords. — Ce sont plutôt de véritables faces. De l'externe, nous n'avons pas grand'chose à dire. La situation de l'interne est variable; il avoisine ordinairement la ligne médiane, parfois la dépasse. Il est en rapport soit avec le côlon ascendant si le kyste est à droite; soit avec le côlon descendant, s'il est à gauche, quand ces conduits sont repoussés en dedans par le développement de la tumeur. Ce bord interne affecte une direction curviligne à convexité tournée vers la colonne vertébrale; de sorte que la partie médiane est la plus éloignée de la ligne axiale kystique. Extraordinairement cette direction peut être curviligne à concavité tournée vers la colonne vertébrale.

Extrémités. — L'extrémité supérieure peut se trouver à toute hauteur dans la cavité abdominale selon le volume atteint par le kyste. Elle peut s'élever jusqu'au diaphragme, en s'insinuant sous le bord postérieur du foie; s'arrêter au niveau du rein et même au-dessous. Elle est arrondie, et facile à décortiquer.

L'inférieure a son siège dans la cavité pelvienne, mais peut se trouver hors de cette cavité (IV). Elle a dédoublé le ligament large du moins en partie. Rarement cette extrémité inférieure est représentée par un pédicule, vasculaire ou tubaire. Les connexions avec l'utérus peuvent être intimes et s'établir soit par le bord interne de cette extrémité, soit par sa face antérieure, le cul-de-sac de Douglas est alors comblé, la face postérieure utérine est dépourvue du péritoine, état à noter à cause des indications thérapeutiques qu'il entraîne. Le professeur Pozzi a ainsi exposé les rapports avec la vessie: le cul-de-sac vésico-utérin est parfois soulevé, la vessie tiraillée par le kyste et par l'ouraqué,

s'allonge démesurément sous forme d'un boyau que l'opérateur est exposé à blesser.

Accompagnant la tumeur, l'appareil génital peut nous permettre de considérer certaines lésions. C'est ainsi que l'on voit un utérus fibromateux coïncider avec l'affection kystique dans l'observation I. Le fibrome est petit, sous-séreux, situé au niveau de l'isthme. Dans l'observation VI, 2 myomes sous-séreux du volume d'une noix, pas très éloignés de la corne utérine correspondante au côté affecté, sont pour Hager l'indication d'une hystérectomie. La trompe est le siège d'une formation kystique (observation III) assez abondante; le contenu est un liquide clair, très différent du liquide de la poche ovarique.

Les déplacements de l'utérus sont non seulement fréquents, mais se rencontrent dans tous les cas. Explicables par la pression qu'opère le kyste, il faut tenir compte encore de ce fait que la face postérieure utérine est fort souvent dépourvue de son revêtement péritonéal, disposition diminuant la fixité de l'organe. Le plus ordinairement, la matrice suit le mouvement ascensionnel du kyste; cette ascension est parfois si considérable que par le toucher vaginal, le col n'est plus accessible, ou l'est difficilement. Les parois vaginales sont tendues, le vagin est allongé, comme fortement attiré en haut.

On peut voir la disposition contraire, le col utérin abaissé: elle se rencontre une seule fois dans l'observation V, de MM. Bérard et Patel.

L'utérus est repoussé du côté opposé au développement du kyste. Le col est palpable du même côté que ce développement; l'organe ayant basculé autour de l'isthme comme charnière. Rarement c'est dans sa totalité que l'organe est rejeté au delà de l'axe du vagin (à gauche, le kyste était droit, obs. III).

L'utérus est ordinairement allongé, il peut être aussi volumineux, de consistance molle, plus vasculaire que normalement.

V

Signes et Diagnostic

La maladie s'installe le plus ordinairement d'une façon insidieuse. Cependant, dans le cours de la période de début, on peut parfois noter certains phénomènes qui, pouvant être le point de départ d'erreurs de diagnostic, méritent d'attirer notre attention.

Des crises douloureuses se retrouvent dans trois de nos observations. Leur durée varie de quelques jours à quelques mois; elles peuvent être aussi continues, forcer la malade à s'aliter et à prendre un repos complet. Les douleurs apparaissent surtout dans la station verticale; la fatigue les exacerbe; le repos les apaise. Elles sont gravatives ou aiguës, avec des localisations dans les fosses iliaques, des irradiations vers les lombes ou les cuisses. Par elles, la marche est rendue pénible, lente, même impossible.

Dans l'observation II, la métrorrhagie entre en scène. Les règles se prolongent, deviennent plus abondantes. Il n'y a pas d'hémorragies intercalaires.

Les auteurs ne citent la leucorrhée que pour insister sur son peu d'importance, ou son absence.

A la période d'état s'établit la tuméfaction. Progressant graduellement, lentement en somme, puisque un minimum de 15 mois à 2 ans se note entre l'apparition et l'opération, elle peut voir à une certaine époque de l'évolution, ses éta-

pes se précipiter sous une influence encore inconnue. La malade peut s'apercevoir par hasard du développement d'une tumeur intra-abdominale; elle est alors peu volumineuse, ne cause aucune gêne et ne paraît pas inquiétante. Puis, peu à peu, ses dimensions augmentent, et des troubles dus à la compression des viscères avoisinants vont s'accroissant. Troubles surtout du côté de l'appareil digestif; constipation, à divers degrés; l'opérée de Heurtaux allait régulièrement à la selle; celle de MM. Bérard et Patel éprouvait au contraire de telles difficultés que la situation donnait toute inquiétude. L'appétit se perd; les digestions sont pénibles, les vomissements fréquents dans l'observation III. Le mauvais fonctionnement de l'appareil digestif a provoqué un état d'émaciation extrême, dit M. Van Hassel.

Les mictions sont fréquentes, douloureuses; ou bien difficiles. La perte involontaire des urines s'observe (observations II et VI). Pas de sucre, pas d'albumine.

Soit que la tumeur comblant l'abdomen presse contre le diaphragme par l'intermédiaire des viscères; soit que la compression soit directe, l'appareil respiratoire éprouve une gêne à fonctionner normalement. Faut-il attribuer à ce mécanisme les bronchites fréquentes, les crises d'asthme, dont a souffert la malade de Hager et qui disparaissent peu après l'opération?

Les battements de cœur s'accroissent; les membres inférieurs après la station verticale prolongée, après des fatigues, s'œdématisent. Sur la paroi abdominale s'établit une circulation collatérale.

L'état général de la malade est variable. Il peut demeurer bon, comme dans l'observation V, où l'aspect, le teint, demeurent normaux; où il n'y a ni amaigrissement, ni température; mais plus fréquemment l'affection a un profond retentissement sur la santé. La malade est anémiée, les muqueuses exsangues, le teint fané et jaunâtre; les vomissements, les digestions pénibles, la perte d'appétit, la constipation sont des causes de débilitation et d'amaigris-

sement. Le décubitus dorsal devenu impossible entraîne la perte du sommeil, dans l'observation VII.

L'examen direct donne les résultats suivants. La tuméfaction est parfois assez énorme pour obliger la malade à demeurer « étendue, assise obliquement en arrière, sur le bord d'une chaise ».

Cette tuméfaction peut être partielle:

1^o A gauche (I);

2^o A droite (IV);

3^o Au-dessous de l'ombilic (III).

L'abdomen tout entier peut y participer. Il proémine alors en avant, l'ombilic est déplissé.

A la palpation, la tumeur est tantôt dure, résistante, mais d'une résistance élastique; tantôt molle. La délimitation en est facile. La forme, variable: sphérique, ovoïde, réniforme. La surface en est lisse et régulière; ou présente des bosselures, qui font saillie à travers la paroi, bosselures de volumes divers. La fluctuation existe à peu près dans tous les cas.

A droite, à gauche, médiane, cette tumeur paraît parfois sans relations avec la cavité pelvienne.

Son volume est considérable; l'extrémité supérieure remonte jusqu'aux fausses côtes, à trois doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde.

L'immobilité de la tumeur ou sa très faible mobilité est un fait constant dans toutes nos observations. L'utérus est également immobilisé ou peu mobile; dans la plupart des cas, il est perceptible, indépendant; dans les autres, il fait corps avec la tumeur.

A la percussion, le kyste est difficilement délimitable. Très nette au niveau de son siège, la matité se perd peu à peu sur les bords avec la sonorité intestinale. La zone mate affecte d'une manière grossière les formes de la tumeur. Enfin, entre la paroi abdominale et la tumeur peut se constituer l'interposition d'anses intestinales faisant disparaître la matité qui ne se retrouve qu'en réduisant l'anse,

réduction qui s'accomplit avec un gargouillement tout à fait analogue à celui obtenu dans la réduction d'une hernie. La malité ne subit aucun déplacement dans les changements de positions.

Quand le kyste vient occuper par un de ses lobes un des culs-de-sac vaginaux, il est possible de le sentir par le toucher vaginal, qui renseigne sur la consistance. Le col de l'utérus très élevé d'ordinaire est évidemment difficilement accessible, on ne peut même pas l'atteindre. Les parois du vagin sont aussi distendues. Rarement, le col utérin est abaissé, comme prolabé. Le toucher vaginal donne encore des indications sur les déviations utérines fréquentes et décrites dans le chapitre: Anatomie pathologique.

L'examen au spéculum n'a été pratiqué ou du moins n'a été relaté que dans un cas (III) où il n'a rien démontré d'important.

A cause des déplacements subis par la matrice, le cathétérisme offre des difficultés. Il peut même être impossible (II, VI).

Comme tous les cas que nous présentons ont été opérés, nous ne pouvons connaître ce qu'aurait été la marche et la terminaison de l'affection livrée à elle-même. On peut penser cependant par l'état de certaines malades, que la chirurgie a opéré de véritables miracles. Il n'y a pas dans la littérature médicale de rapports d'autopsie, où un kyste de l'ovaire rétropéritonéal ait été observé.

Nous n'avons pas non plus à rapporter des accidents ou des complications. Ayant affaire à des kystes sessiles, la torsion du pédicule n'est pas à craindre. Quant à la suppuration et à la rupture, nous ne pouvons que signaler leur possibilité, sans preuves à avancer de leur existence.

Le diagnostic de tumeur kystique de l'ovaire a toujours été posé; deux fois, il n'a été établi qu'après tâtonnements. Somme toute, il est faible quand la fluctuation se trouve nette comme dans la plupart des cas; quand la courbe de malité conserve sa fixité dans les changements de position,

quand cette matité est à convexité supérieure et n'occupe pas les parties déclives. Le ventre est globuleux, au lieu d'être étalé en ventre de batracien; la palpation profonde réveille peu ou pas de douleurs. La tumeur est venue d'en bas, montant de la cavité pelvienne dans son développement progressif; la position de Trendelenburg augmentera encore l'évidence de cette indication qui permet d'éliminer les tumeurs kystiques venues d'en haut, du foie, du rein, de la rate.

Son peu de mobilité ou son immobilité, l'apparition de son pôle inférieur dans un des culs-de-sac vaginaux, ses connexions avec l'utérus, et les déplacements subis par cet organe, sous sa poussée, sont de fortes présomptions en faveur de l'inclusion. L'absence de douleurs aiguës au toucher, l'absence de la zone d'empâtement feront rejeter le diagnostic d'inflammation tubaire ou de paramétrite. La rare bilatéralité celui d'hydrosalpynx.

Nous arrivons maintenant au diagnostic de la situation rétropéritonéale: tout d'abord, nous devons dire qu'il ne fut jamais posé. Peut-être la recherche de l'interposition d'anses intestinales entre la paroi abdominale et le kyste, interposition amenant sur la zone mate du kyste la présence d'une zone sonore qui disparaît après une véritable manœuvre de réduction, pourrait-elle conduire à un résultat? Mais il nous manque à ce sujet tout contrôle, et nous ne pouvons donner à ce signe qu'une valeur toute hypothétique et point du tout pathognomonique, d'autant plus que son inconstance est remarquable.

VI

Traitement

Le traitement des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux doit être chirurgical. La ponction simple ne saurait trouver sa place ici, outre qu'elle n'est qu'une opération palliative, pratiquée par la voie abdominale, elle demeure trop chanceuse par les risques de perforation d'une anse intestinale interposée entre le kyste et la paroi abdominale. Pratiquée par la voie vaginale elle a aussi ses dangers, par la facilité d'une infection consécutive.

Le traitement rationnel doit être l'ablation. L'opération peut être conduite par la voie vaginale, les voies lombaire et parasacrée, la voie abdominale.

La voie vaginale ne peut s'appliquer qu'aux kystes de moyen volume, ne dépassant pas la grosseur d'une tête d'enfant. Nous avons vu que les kystes de l'ovaire rétropéritonéaux atteignaient des dimensions considérables. Cette voie ne peut donc être acceptée.

Quant aux voies lombaire et parasacrée, qui permettraient d'atteindre le kyste en mettant la cavité abdominale à l'abri de toute infection ultérieure, leur emploi présente de telles difficultés qu'elles sont tombées totalement en discrédit.

Reste la voie abdominale. Elle a toujours été employée dans les observations que nous rapportons. L'accès qu'elle

donne sur la tumeur est très suffisant même en débutant par une incision de moyenne grandeur; et le chirurgien voit immédiatement quel est le procédé à adopter parmi ceux que nous allons passer en revue.

Décortication. — Après une laparotomie exploratrice très soignée on procède au vidage de la poche ou des poches kystiques au moyen d'un appareil de Potain ou mieux d'un gros trocart. On saisit alors la partie saillante avec des pinces à kystes, on la porte hors de la plaie abdominale, et on dessine au bistouri une ellipse qui circonscrit toute la partie hors de l'abdomen, en n'incisant que la séreuse. On décolle ensuite la séreuse avec les pinces, la spatule, ou le doigt, de façon à disséquer une collerette circulaire de plus en plus profonde, concentriquement au kyste contre lequel on chemine. Le péritoine adhérent ne se détache souvent que par lambeaux; aussi, ne saurait-on insister sur la délicatesse à employer pour éviter les firaillements. Sur la face postérieure du kyste, le tissu cellulaire interposé entre elle et la paroi abdominale postérieure permet un clivage relativement facile.

Hystérectomie considérée comme temps préliminaire. — Delagenière a réglé la technique de cette opération, ainsi qu'il suit:

« La malade sera endormie à l'éther et placée sur le plan incliné. Elle aura subi au préalable une désinfection complète du vagin et du col de l'utérus. Une incision médiane partant du pubis remontera jusqu'à l'ombilic, le ventre sera ouvert et la tumeur exposée comme dans une ovariectomie simple... On se préparera à faire la ponction, comme à l'ordinaire et aussi complète que possible. L'examen du liquide permettra de reconnaître si l'on est en présence d'un kyste papillaire ou d'un simple kyste hyalin. Du reste ce diagnostic différentiel sera confirmé par un examen approfondi des parois du kyste; celles-ci sont minces et uniformes dans le kyste hyalin; elles sont épaisses dans le kyste papillaire et se perdent en bas dans une masse char-

nue qui remplit le bassin. Ce diagnostic établi, quand on sera certain d'être en présence d'un kyste papillaire, on procédera à l'ablation de l'utérus dans le but de créer une brèche par laquelle le kyste deviendra accessible.

La recherche de l'utérus n'est pas toujours facile, l'organe est déformé, souvent aplati, rejeté d'un côté ou de l'autre, son fond se perd dans les replis de la masse charnue. Pour le reconnaître on devra saisir avec une pince de Museux la partie de la tumeur que l'on considère comme le fond de l'utérus. On exercera une traction énergique en haut et en maintenant l'organe ainsi suspendu on reconnaîtra par le palper la situation et l'existence du col. L'opération sera alors commencée, toujours en maintenant l'utérus fortement soulevé.

Sur la face antérieure de l'organe, tout près du fond, on pratique une incision transversale qui n'intéresse que la séreuse et qui suit bien exactement le muscle utérin dans la crainte d'ouvrir la vessie. Avec le doigt, on décortiquera la face antérieure de l'utérus aussi bas que possible; on pratiquera alors une incision transversale postérieure plus basse que la précédente c'est-à-dire en se rapprochant du col. Par cette incision transversale on décollera le col avec des ciseaux jusqu'au cul-de-sac vaginal postérieur; le cul-de-sac sera ouvert avec le bistouri et le vagin sera répéré. L'utérus sera ensuite rapidement libéré sur les côtés. Des pinces hémostatiques seront placées sur les vaisseaux qui saigneront; 3 ou 4 pinces de chaque côté suffiront. On terminera l'ablation de l'organe en incisant le vagin tout autour du col avec des ciseaux.

Lorsque l'utérus sera enlevé, il existera une brèche centrale, dans laquelle, du côté du kyste, on verra apparaître les parois de la tumeur comme le placenta se présente dans la délivrance. On placera des pinces à kystes sur cette portion visible et accessible de la tumeur, puis avec le doigt on commencera l'énucléation. Une section complémentaire de la séreuse sera nécessaire pour faciliter cette énucléation.

à laquelle on procédera avec patience en suivant tous les contours du kyste, tous ses prolongements, aussi bien entre les feuillets du ligament large que dans le tissu pelvien sous-péritonéal. On arrivera ainsi à enlever toute la masse et à évider complètement le bassin.

Lorsque la tumeur sera enlevée..., la cavité péritonéale sera reconstituée avec le plus grand soin, le ligament large évidé sera suturé au moyen d'un surjet; le drainage de ce ligament sera inutile, puisque l'intervalle compris entre les deux feuillets communique au centre avec le vagin. On terminera en adossant le péritoine antérieur au péritoine postérieur, au niveau de la brèche utérine. Un drain sera placé dans le cul-de-sac de Douglas, puis le ventre suturé comme à l'ordinaire au moyen de trois rangées de sutures. »

Lenormant, résumant les travaux de Quénu et Longuet, Ranson et Delaunay sur la question, admet les indications suivantes de cette opération :

1^o L'hystérectomie abdominale s'impose :

a) Dans tous les kystes ou tumeurs des annexes ayant envahi secondairement l'utérus;

b) Dans tous les kystes de l'ovaire associés à un fibrome de l'utérus sauf le cas particulier et d'ailleurs exceptionnel d'une femme jeune ayant un kyste unilatéral et un fibrome susceptible d'être énucléé tout en conservant l'utérus.

2^o L'hystérectomie est une opération de nécessité :

a) Dans les kystes de l'ovaire intimement adhérents à l'utérus;

b) Dans tous les kystes de l'ovaire à pédicule très large ou à pédicule friable et saignant;

c) Dans les kystes de l'ovaire dont l'ablation laisse après elle une dénudation étendue de l'utérus;

d) Dans les kystes intraligamentaires adhérents dont l'ablation complète serait impossible, si on conservait l'utérus : elle est dans ce cas préférable à la marsupialisation,

3^o L'hystérectomie est une opération de prévoyance très recommandable, surtout chez les femmes approchant de la

ménaupose ou l'ayant atteinte, dans le cas des kystes végétants bilatéraux, de kystes mucoïdes bilatéraux, multiloculaires, bosselés, renfermant des parties solides et même dans les kystes unilatéraux dont les caractères anatomiques ou la marche permettent de soupçonner la tendance à la malignité.

L'hystérectomie me paraît indiquée dans tous les cas de tumeur maligne des annexes, uni ou bilatérale, même lorsque l'utérus paraît absolument normal. »

Or, dans nos observations nous avons vu que les myomes et les fibromes utérins, de petit volume il est vrai, pouvaient coïncider avec le kyste.

L'affection est bilatérale deux fois sur les 10 cas cités.

La tendance à la malignité peut être soupçonnée dans l'observation VI. Le diagnostic de l'affection qui enleva la malade était: tuberculose miliaire du péritoine et de l'intestin. On sait de quelle façon frappante les lésions carcinomateuses intestinales et péritonéales peuvent rappeler celles dues à la tuberculose miliaire. Mme Moore ne serait-elle pas morte à la suite d'une généralisation carcinomateuse? Le contenu du kyste était un liquide de peu d'abondance (un demi-litre), colloïde; la cavité péritonéale contenait quelques cuillerées de liquide d'ascite; les végétations papillaires étaient nombreuses. Le soupçon de malignité ne serait donc pas dénué de fondement.

On voit combien sont fréquentes dans les cas de kystes de l'ovaire rétropéritonéaux les occasions de pratiquer avec fruit l'hystérectomie comme temps préliminaire de l'ablation de la tumeur. Cette opération doit-elle être préconisée dans tous les cas? La question demeure discutable, puisque la plupart des auteurs de nos observations ont pu pratiquer l'ablation de la tumeur de leur malade en respectant l'utérus.

Traitement des adhérences intestinales. — MM. Bérard et Patel ont obtenu une très belle guérison en réséquant 25 centimètres d'intestin et ont voulu ériger en méthode géné-

rale cette résection. Pour eux, cette pratique s'impose à cause du danger de déchirures intestinales pendant la décortication et la destruction d'un nombre de vaisseaux suffisant pour compromettre la vitalité de l'anse adhérente. Cependant, M. le professeur Boursier a pu mener à bien la décortication complète de la tumeur, tout en conservant les vaisseaux suffisants à l'anse intestinale. Son avis est « qu'on doit autant que possible, éviter cette résection, qui aggrave considérablement une opération déjà suffisamment grave par elle-même. On la réservera uniquement au cas de destruction complète du méso, qui compromet irrémédiablement la vitalité intestinale. »

Le professeur Boursier décrit ainsi qu'il suit un procédé qu'il a mis en pratique sur sa troisième opérée :

« Il faut se borner à inciser toutes les fois que cela sera possible, seulement le feuillet externe du mésocôlon, le plus éloigné de l'origine des vaisseaux, tout en agissant le plus loin possible de l'intestin. On peut espérer épargner ainsi beaucoup de vaisseaux sanguins et trouver les moyens de reconstituer totalement le méso après l'ablation de la tumeur. »

Marsupialisation. — Sa technique peut se résumer ainsi :

Après laparotomie et ponction du kyste, on incisera franchement la paroi antérieure de ce dernier. Les lèvres repérées et fixées avec des pinces à forcipressures, sont attirées vers la plaie abdominale. Ceci fait, on procédera à un nettoyage minutieux de la poche kystique; Boinet avait proposé de cautériser cette surface intra-kystique; Rheinstädler avait préconisé le curetage avec les doigts ou une curette mousse. Ce temps opératoire accompli, on fixe les lèvres de la plaie aux bords cruentés de la paroi. Pour cela, on tire le kyste au dehors le plus possible, de façon que les lèvres kystiques dépassent largement les lèvres de l'incision abdominale. Une couronne de sutures assujettira le tout en prenant toute la paroi abdominale et la poche; une seconde couronne ne prendra que la peau et la poche.

On résèque ensuite la bandelette circulaire de plusieurs centimètres qui représente les lèvres de l'incision kystique amenées au delà de la plaie abdominale, ce qui réduit d'autant la cavité kystique. Pour aboutir à ce même résultat, le professeur Pozzi conseille encore de ménager deux ou trois grands plis sur les parois de la poche, retenus par quelques sutures. La partie supérieure de l'incision abdominale sera refermée; par la partie inférieure, on drainera le kyste.

C'est là une opération incomplète, un pis aller, un véritable aveu d'impuissance. C'est cependant une opération qui doit rester, quand l'ablation est totalement impossible par suite de la dissociation des vaisseaux sanguins, de l'étalement complet des mésos, de leur adhérence profonde à la poche. Les délabrements considérables, l'hémorragie redoutable qu'entraîne le sacrifice de nombreux vaisseaux peuvent mettre la malade en grave danger (obs. II).

Résultats. — Sur les 10 cas présentés, 8 fois l'opération a eu des résultats heureux; une fois douteux; une fois, la mort a suivi.

Malgré ces réussites, l'ablation demeure grave, moins à cause de la situation des kystes, qu'à cause des rapports intimes qu'ils affectent avec les portions de l'intestin dont ils ont dédoublé les mésos, et des hémorragies redoutables dues au sacrifice de nombreux vaisseaux.

La marsupialisation n'est qu'une opération palliative, avec laquelle on ne peut guère compter un succès sérieux et durable.

CONCLUSIONS

Les kystes de l'ovaire affectent très rarement la situation rétropéritonéale.

Il n'existe point actuellement de signes pathognomoniques de l'affection, dont le diagnostic n'a jamais été posé.

Nous ne connaissons aucun cas de kystes dermoïdes de l'ovaire ou de kystes parovariens ayant évolué en arrière du péritoine. Toutes nos observations concernent des kystes prolifères. La tendance à la dégénérescence maligne peut s'observer.

Le seul traitement est chirurgical.

La décortication du kyste et son ablation sont une règle générale. Fréquemment il y a lieu de pratiquer l'hystérectomie comme temps préliminaire.

Quand de trop grands délabrements sont à craindre, la marsupialisation peut être acceptée; mais ce n'est qu'une opération de pis aller.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

LANELONGUE

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 12 décembre 1908.

Le Recteur de l'Académie,

R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ASKANAZY. — Die dermoïdeyten der ovarien.
- BARDENHEUER. — Der Extraperitoneale Explorationsschnitt, Stuttgart Enke, 1887.
- BASSINI. — *Actes de la 5^e réunion des chirurgiens italiens à Naples*, 1888.
- BÉRARD et PATEL. — Des kystes de l'ovaire et du ligament large inclus dans le mésocôlon iliaque. Congrès de chirurgie. Octobre 1903 (340-344).
- BOURSIER. — Précis de gynécologie, 1908.
Des kystes de l'ovaire rétropéritonéaux. Congrès français de chirurgie, 1907. *Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, décembre 1907.
- BRIGIDI. — *Annali di ostetricia e ginecologia*. Mars 1896 (Contribution à l'étude des kystes intraligamentaires.)
- CHROBAK et ROSTHORN. — Die Erkrankungen der weiblichen geschlechtsorgane. Specielle pathologie und therapie von Nothnagel XX band, S. 253.
- DELAGENIÈRE. — Congrès de chirurgie, 1897, p. 901.
- DELAUNAY. — De l'ablation totale de l'utérus et des annexes dans le cas de tumeurs malignes de l'ovaire. Congrès français de chirurgie, 1901.
- DUPUY. — De la marsupialisation dans les kystes de l'ovaire. Thèse Bordeaux 1898.
- FENGER. — The operative treatment of retroperitoneal cyst in connection with Mikeliuzs methode of drainage.
Maryland med. J. Balt. 1887, XVII.

- FLAISCHLEN IV. — Zur Lehre von der Entwicklung der Papillären Kystome oder multilocularen Flimmerepithelkystome des ovarium. *Zeitschrift für gynæcologie* VI-1881, 231. VII-1882, 434.
- HAGER. — Ausschalung eines subserösen ovarialkystoms von ungewöhnlicher Grosse. *Centralblatt für Gynæcologie*. 1890, n° 1. 4
- HEGAR ET KALTENBACH. — Gynécologie opératoire, 1885.
- HEURTAUX. — Kyste sous-péritonéal probablement d'origine ovarique ; ablation. Guérison. *Gazet. Hôpitaux de Paris* août 1889-858-861.
- HERTWIG. — Traité d'embryologie 1906, 448-467.
- JELETT H. — A short practice of gynaecology.
- LABADIE LAGRAVE et LEGUEU. — *Gynécologie*, 1898.
- LA ROCHE. — Contribution à l'étude de l'inclusion des kystes dans le ligament large. Th. Paris 1896, 8 à 10.
- LAWSON TAIT. — Maladies des femmes, traduit par Bétrix. 1891 Maladies des ovaires 1886, 243.
- LENORMANT. — *Annales de Gynécologie et d'obstétrique* janvier 1905, 32 et suivant.
- MONPROFIT. — Chirurgie des ovaires et des trompes 1903.
- OLSHAUSEN. — Die krankheiten der ovarien (Stuttgart Enke 1886) lief. 58. p.195-196 (deutsche chirurgie)
- POZZI. — Traité de Gynécologie. T. II 1907, 920.
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine, T. 4.
- QUÉNU et LONGUET. — De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire *Revue de chirurgie*, juillet 1900, XXII.
- RANSON. — Etude sur l'hystérectomie abdominale appliquée au traitement des kystes et des tumeurs solides de l'ovaire. Th. Paris, 1902.
- REYNIER (P.). — De la fausse inclusion de certains kystes dans le ligament large. *Semaine gynécol.* Paris, 1896, I, p. 49.
- STEHMANN. — Treatment of sessile and certain other ovarian cyst (*journal of americ. med. assoc.*, 1901, XXXV, p. 420).
- SCANZONI. — Maladies des organes sexuels de la femme. Trad. par Der et Saucin. 1858. Scanzoni, Beitrage, Bd. v. 1869, 145.
- TERRILLON. — Clinique chirurgicale, p. 157.
- TESTUT. — Anatomie humaine.

VAN HASSEL. — Kyste intraligamentaire gauche, rétropéritonéal. *Bulletin société belge de gynécol. et d'obst.* Bruxelles, 1900-01, XI.

ZWEIFEL. — Rétropéritonéale dermoïdcyste, *Centralblatt für gynæcol*, Leipzig, 1883, p. 439.
